



Universidade Federal  
de Campina Grande

**Centro de Humanidades**  
**Unidade Acadêmica de História**  
**Programa de Pós-Graduação em História - UFCG**  
**Linha II – Cultura, Poder e Identidades**

**A (DES) INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA E DOS MANICÔMIOS: UMA  
ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DOS CAPS NO BRASIL E DE EXPERIÊNCIAS NO  
MUNICÍPIO DE JUAZEIRINHO-PB (2004-2020).**

**Suely Lígia Oliveira Cavalcanti**

**CAMPINA GRANDE-PB**

**2021**



Universidade Federal  
de Campina Grande

**Centro de Humanidades  
Unidade Acadêmica de História  
Programa de Pós-Graduação em História - UFCG**

**Suely Lígia Oliveira Cavalcanti**

**A (DES) INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA E DOS MANICÔMIOS: UMA  
ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DOS CAPS NO BRASIL E DE EXPERIÊNCIAS NO  
MUNICÍPIO DE JUAZEIRINHO-PB (2004-2020).**

Dissertação apresentada à linha II de Pesquisa: Cultura, Poder e Identidade do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em História.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Marinalva Vilar de Lima

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2021**

C376d

Cavalcanti, Suely Lígia Oliveira.

A (des) institucionalização da loucura e dos manicômios: uma análise da implantação dos CAPS no Brasil e de experiências no município de Juazeirinho – PB (2004-2020) / Suely Lígia Oliveira Cavalcanti. - Campina Grande, 2023.

139 f. : il.

Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades, 2021.

"Orientação: Profa. Dra. Marinalva Vilar de Lima."

Referências.

1. História e Institucionalização da Loucura. 2. Luta Antimanicomial. 3. CAPS na Paraíba. 4. Reforma Psiquiátrica. 5. Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil. I. Lima, Marinalva Vilar de. II. Título.

CDU 930.2:159.972(043)

**A (DES) INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA E DOS MANICÔMIOS:  
UMA ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DOS CAPS NO BRASIL E DE  
EXPERIÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRINHO-PB (2004-2020).**

**Suely Lígia Oliveira Cavalcanti**

Aprovada em:

28/ 09/2021

**BANCA EXAMINADORA:**

**Profa. Dra. Marinalva Vilar de Lima – PPGH/UFCG**  
**Orientadora – Presidente da banca**



Documento assinado digitalmente

DINALDO BARBOSA DA SILVA JUNIOR

Data: 29/05/2023 15:30:35-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Prof. Dr. Dinaldo Barbosa da Silva Junior – PPGH/UFCG**  
**Examinador interno**

**Prof. Dr. Helmano de Andrade Ramos – GRE Mata Norte/Nazaré da Mata-PE**  
**Examinador externo**

**Prof. Dr. Iranilson Buriti de Oliveira – PPGH/UFCG**  
**Suplente interno**

**Prof. Dr. Gilvan de Melo Santos – PPGLI/UEPB**  
**Suplente externo**

**CAMPINA GRANDE – PB**  
**2021**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
 POS-GRADUACAO EM HISTORIA  
 Rua Aprígio Veloso, 882, - Bairro Universitário, Campina Grande/PB, CEP 58429-900

#### REGISTRO DE PRESENÇA E ASSINATURAS

ATA DA DEFESA PARA CONCESSÃO DO GRAU DE MESTRE EM HISTÓRIA, NO DOMÍNIO DAS CIÊNCIAS HUMANAS, REALIZADA EM 28 DE SETEMBRO DE 2021

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

**CENTRO DE HUMANIDADES**

**UNIDADE ACADÊMICA DE HISTÓRIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA**

Às **14:00 horas do dia 28 de setembro de 2021** (dois mil e vinte e um) foi realizada, por videoconferência na sala *google meet*: <https://meet.google.com/zxk-ctdy-ifm>, a defesa da dissertação de mestrado da aluna do PPGH/UFCG **Suely Lígia Oliveira Cavalcanti**, intitulada: **A (DES) INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS MANICÔMIOS E A PRODUÇÃO SOCIAL DAS DOENÇAS MENTAIS: UM ESTUDO DA IMPLANTAÇÃO DO CAPS I EM JUAZEIRINHO-PB (2004-2020)**, com vistas a cumprir todas as exigências para obtenção do grau de mestre. A banca examinadora foi constituída dos Professores Doutores: **Marinalva Vilar de Lima** (Orientadora e presidente da banca-PPGH/UFCG); **Dinaldo Barbosa da Silva Junior** (Examinador Interno – PPGH/UFCG); **Helmano de Andrade Ramos** (Examinador externo - GRE Mata Norte/Nazaré da Mata-PE); e na condição de suplentes os professores doutores: **Iranilson Buriti Oliveira** (Suplente interno – PPGH/UFCG); **Gilvan de Melo Santos** (Suplente externo – PPGLI/UEPB). Em ato público, após arguição feita de acordo com o Regimento do referido Curso de pós-graduação, a banca decidiu conceder à candidata o conceito de **APROVADA**. Assinam a presente Ata os membros da Comissão Examinadora, o Coordenador do PPGH/UFCG o Professor Dr. **José Otávio Aguiar** e o Secretário do PPGH/UFCG **Yaggo Fernando Xavier de Aquino**, para os devidos efeitos legais.

**Parecer:** A banca, após análise e arguição do trabalho da candidata, considerou que o trabalho cumpriu todas as exigências do PPGH; trouxe à baila temática extremamente relevante a partir da experiência da autora na atividade que desenvolve no CAPS. Outrossim, para fins de depósito final junto ao programa de pós-graduação, solicitou que fosse realizada revisão gráfica, sincronização dos capítulos em termos de laudas, formatação adequada das imagens dos processos utilizadas no texto.

#### Lista de Presença

Orientador(a)	Profª.Dra. <b>Marinalva Vilar de Lima</b>	
---------------	---	--

Examinador(a) interno(a)	Prof.Dr. <b>Dinaldo Barbosa da Silva Junior</b>	
Examinador(a) externo(a)	Prof.Dr. <b>Helmano de Andrade Ramos</b>	
Coordenador(a) do PPGH	Prof.Dr. <b>José Otávio Aguiar</b>	
Secretário	<b>Yaggo Fernando Xavier de Aquino</b>	

Campina Grande-PB, 28 de setembro de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **MARINALVA VILAR DE LIMA, COORDENADOR (A)**, em 23/10/2021, às 17:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018.



Documento assinado eletronicamente por **DINALDO BARBOSA DA SILVA JUNIOR, PROFESSOR**, em 24/10/2021, às 09:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018.



Documento assinado eletronicamente por **JOSE OTAVIO AGUIAR, COORDENADOR(A)**, em 24/05/2023, às 14:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018.



Documento assinado eletronicamente por **YAGGO FERNANDO XAVIER DE AQUINO, SECRETÁRIO (A)**, em 24/05/2023, às 14:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.ufcg.edu.br/autenticidade>, informando o código verificador **1877026** e o código CRC **69EE8652**.

*Dedico este trabalho a duas pessoas especiais:  
a minha irmã Sandra Lúcia Oliveira  
Cavalcanti (in memoriam) que sonhava em  
realizar este mestrado e ao meu cunhado  
Wilker Araújo (in memoriam) que iniciou  
neste programa, mas infelizmente não pôde  
concluí-lo. Vocês fazem parte deste trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente, expresso a minha gratidão a Deus e a todos aqueles que me incentivaram a realizar este trabalho.

A finalização dessa dissertação apenas se tornou possível por meio do grande apoio da minha orientadora, **Profa. Dra. Marinalva Vilar de Lima**, e dos professores que gentilmente aceitaram o convite para participar da banca avaliadora: o **Prof. Dr. Dinaldo Barbosa da Silva Junior** e o **Prof. Dr. Helmano de Andrade Ramos**.

Agradeço a co-orientação da minha irmã **Silêde Leila Oliveira Cavalcanti** e da minha sobrinha **Gabriela Noêmia Bezerra de Assis Cavalcanti**: os seus apontamentos foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Quero agradecer aos meus familiares, em especial a minha mãe **Juberlita Oliveira Cavalcanti** e meu pai, **Olival Silva Cavalcanti** (*in memoriam*). Agradeço a minhas irmãs **Simone, Suzy** e **Sandra** (*in memoriam*), bem como aos meus irmãos **Evaldo, Hebertt** e **Ivan**.

Obrigada aos meus amigos de Teixeira-PB, **Edson Flávio Campos Nunes** e **Maria José Nunes de Souza (Dudinha)** que sempre me incentivaram a buscar o conhecimento.

Gratidão aos professores e aos demais servidores que compõem o Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Campina Grande (PPGH-UFCG).

Gostaria de registrar também meus agradecimentos ao corpo de funcionários do CAPS Juazeirinho/PB, em especial a coordenadora **Nadja Glene Gonçalves da Costa**.

## RESUMO

Esse trabalho é resultado de minha experiência enquanto assistente social em atuação no CAPS I, na cidade de Juazeirinho-PB (2004-2020), de uma pesquisa bibliográfica e da análise de fontes arquivadas nessa instituição de assistência. Estabeleço como objetivo geral historicizar e analisar como se deu a transição das práticas médico-psiquiátricas instituídas nos manicômios e as experiências psicossociais adotadas pelas novas instituições de saúde mental, comparando formas de intervenções no modelo manicomial com as novas institucionalizadas nos CAPS do Brasil/Paraíba. O percurso metodológico foi um mapeamento e análise das Regulamentações e Normatização Jurídicas na institucionalização da loucura e dos manicômios, utilizando como fontes os decretos, leis, portarias e legislação em geral. Para a experiência nos CAPS, no contexto mais recente do final da década de 1990 e primeira década de 2000, analisei as diretrizes institucionais que regem a organização, procedimentos e ações que podem e devem ser desenvolvidos no âmbito dos CAPS, normativos esses estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2010); e atas, relatórios e prontuários multidisciplinares que se encontram arquivados no CAPS. Analiso, então, como se deu a crise de autoridade dos manicômios e suas respectivas formas de “tratamento” das doenças mentais, através do movimento por reformas e a luta antimanicomial no contexto dos anos de 1960/70 na Europa e principalmente no Brasil. E, historicizo como se deu a implantação e legitimação de outras terapêuticas destinadas às doenças mentais nos final de 1990 e início de 2000, sejam elas no cenário internacional ou nacional e regional, a exemplo das implantações e implementações dos CAPS no Brasil e na Paraíba a partir da primeira década de 2000, experiência de que faço parte. Na fundamentação teórica do trabalho utilizo o conceito de sociedade disciplinar, biopoder e anormal de Foucault (1978), de instituições totais de Goffman (1974) e a categoria de representação de Chartier (1990) será muito importante para compreender as representações construídas sobre a loucura ao longo da História. Outro conceito fundamental na compreensão geral dos indivíduos considerados loucos é a noção de sujeito inominável de Certeau (2003), ou aqueles associados ao não-lugar, considerando-se que existe a morte social e simbólica desses sujeitos. Para fazer a discussão do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil me fundamento nos estudos de Machado (1978), Portocarrero (2002), Costa (2006) e Amarante (1995).

**Palavras-chave:** História e institucionalização da loucura; luta antimanicomial; CAPS na Paraíba; Reforma psiquiátrica.

## ABSTRACT

This work is the result of my experience as a social worker working at CAPS I, in the city of Juazeirinho-PB (2004-2020), from a bibliographical research and from the analysis of archived sources in this care institution. I establish as a general objective to historicize and analyze how the transition of medical-psychiatric practices instituted in asylums and the psychosocial experiences adopted by new mental health institutions took place, comparing forms of interventions in the asylum model with the new ones institutionalized in CAPS in Brazil/Paraíba. The methodological path was a mapping and analysis of Legal Regulations and Standardization in the institutionalization of madness and asylums, using as sources the decrees, laws, ordinances and legislation in general. For the experience in CAPS, in the most recent context of the late 1990s and the first decade of 2000, I analyzed the institutional guidelines that govern the organization, procedures and actions that can and should be developed within the scope of CAPS, regulations established by the Ministry of Health (2010); and multidisciplinary minutes, reports and medical records that are filed at the CAPS. I then analyze how the crisis of authority in asylums and their respective forms of “treatment” of mental illnesses occurred, through the movement for reforms and the anti-asylum struggle in the context of the 1960s/70s in Europe and mainly in Brazil. Also, I historicize how the implementation and legitimization of other therapies for mental illnesses took place in the late 1990s and early 2000s, whether in the international or national and regional scenario, such as the creations and implementations of CAPS in Brazil and Paraíba a from the first decade of 2000, experience of which I am part. In the theoretical foundation of the work, I use Foucault's (1978) concept of disciplinary society, biopower and abnormal, Goffman's (1974) total institutions, and Chartier's (1990) representation category will be very important to understand the representations built about madness to throughout history. Another fundamental concept in the general understanding of individuals considered insane is the notion of the unnameable subject by Certeau (2003), or those associated with non-place, considering that there is a social and symbolic death of these subjects. In order to discuss the process of Psychiatric Reform in Brazil, I base myself on the studies of Machado (1978), Portocarrero (2002), Costa (2006) and Amarante (1995).

**Keywords:** History and institutionalization of madness; anti-asylum fight; CAPS in Paraíba; Psychiatric reform.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – <i>Swing</i> ou balanço .....	47
Figura 2 – Máquina rotatória.....	48
Figura 3 – Tranquilizer .....	49
Figura 4 – Ducha.....	49
Figura 5 – Capacete.....	50
Figura 6 – Crucifixoão .....	51

## LISTA DE SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HUP	Hospital Ulysses Pernambucano
ICANERF	Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Acompanhamento Psicossocial
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Residências Terapêuticas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1 – A LOUCURA NA HISTÓRIA: DOS PARADIGMAS MITOLÓGICOS/ METAFÍSICOS/RELIGIOSOS E ORGANICISTAS AOS PARADIGMAS MENTALISTAS/PSIQUIÁTRICOS E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS MANICÔMIOS</b> .....	<b>20</b>
1.1 MODERNIDADE, SABER MÉDICO E O PODER DISCIPLINAR: BIOPODER, AUTORIDADE MÉDICO-PSIQUIÁTRICA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA .....	20
1.2 - REPRESENTAÇÕES CLÁSSICAS SOBRE A LOUCURA: DO MITOLÓGICO AO ORGÂNICO .....	26
1.3 - A LOUCURA NO MEDIEVO: LEPROSA, DEMONIZAÇÃO E PUNIÇÃO .....	30
1.4 - O CONTEXTO DOS SÉCULOS XVI E XVII E AS ABORDAGENS FUNDAMENTADAS EM ELEMENTOS MECÂNICOS, QUÍMICOS E PNEUMÁTICOS DE EXPLICAÇÃO DA LOUCURA. ....	32
1.5 - OS SÉCULOS XVIII E XIX: CRISE DAS EXPLICAÇÕES METAFÍSICAS/ORGÂNICAS SOBRE A LOUCURA E EMERGÊNCIA DAS EXPLICAÇÕES MENTALISTAS .....	36
1.5.1 - A medicina de Pinel e a passagem da loucura para a alienação mental. ....	37
1.6 - A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS MANICÔMIOS E OS TRATAMENTOS DE “CHOQUE” PARA AS DOENÇAS MENTAIS .....	41
<b>CAPÍTULO 2 – A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS HOSPÍCIOS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL: PARADIGMAS MÉDICOS E ESTATUTOS JURÍDICOS E CIVIS DOS “ALIENADOS”</b> .....	<b>53</b>
2.1 - O CONTEXTO DE FUNDAÇÃO DOS MANICÔMIOS NO BRASIL: DOS ASILOS DE “ACOLHIMENTOS” AOS HOSPÍCIOS PSIQUIÁTRICOS PARA INTERNAÇÃO DOS ALIENADOS .....	53
2.2 - HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E EXPERIÊNCIAS DE INTERNAMENTO: EUGENIA, RACISMO, SEXISMO E HIGIENIZAÇÃO SOCIAL .....	63
2.2.1 - Lima Barreto e o poder arbitrário da psiquiatria e dos hospícios no Brasil: a experiência de internamento do “escritor maldito” alcoólatra e “louco”. ....	67
2.2.2 - Misoginia e sexismo nos manicômios .....	71

2.3 - O PROCESSO DE MODERNIZAÇÃO DOS HOSPÍCIOS: AS REFORMAS PROPOSTAS POR JULIANO MOREIRA, AS COLÔNIAS AGRÍCOLAS E O MANICÔMIO JUDICIÁRIO .....	73
2.4 - A REFORMA PSIQUIÁTRICA, O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL NO BRASIL E A IMPLANTAÇÃO DE NOVAS REDES DE ASSISTÊNCIA (1970/90).....	80
<b>CAPÍTULO 3 - AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: A IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE APOIO PSICOSSOCIAL NAS ÚLTIMAS DÉCADAS E A REGULAMENTAÇÃO DOS CAPS NA PARAÍBA/JUAZEIRINHO.</b>	<b>87</b>
3.1 - A REGULAMENTAÇÃO DOS CAPS: NOVOS PARADIGMAS DE DOENÇA MENTAL E DE TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES .....	92
3.2 - A IMPLANTAÇÃO DOS CAPS NA PARAÍBA E NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRINHO .....	99
3.3 - DA LEGISLAÇÃO À AÇÃO: TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS E OS DESAFIOS DO “CHÃO” DO CAPS .....	104
3.4 - OS PRONTUÁRIOS TRANSDISCIPLINARES DOS CAPS COMO DOCUMENTOS MÉDICOS/INTERDISCIPLINARES E COMO FONTES HISTÓRICAS .....	110
3.5 – REPRESENTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS DISCURSOS MULTIPROFISSIONAIS: TUTELADOS OU SUJEITOS DE DIRETOS?.....	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	123
REFERÊNCIAS.....	129
ANEXO A – Fotografia da Praça da Liberdade, local onde antes funcionava o Hospital João Ribeiro, em Campina Grande/PB. ....	136
ANEXO B – Fotografia do primeiro CAPS em Juazeirinho/PB, em prédio residencial alugado. ....	137
ANEXO C – Fotografia do CAPS atual de Juazeirinho/PB, em prédio residencial alugado.	138

*"A palavra que mais gosto é liberdade."  
(Nise da Silveira)*

## INTRODUÇÃO

A minha experiência como assistente social, atuando com saúde mental, ocorre desde 2011, quando atuei na cidade de Teixeira-PB. A partir de 2014, quando passei a atuar no CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial), na cidade de Juazeirinho-PB, o contato diário com homens e mulheres diagnosticados com doenças mentais e, ao mesmo tempo, com todos os dispositivos médico-terapêuticos desenvolvidos pela equipe multidisciplinar da Instituição<sup>1</sup>, se intensificaram.

Minha inserção como profissional da área de saúde (especificamente na saúde mental) fez despertar em mim a necessidade de aprofundamento no campo, o que me conduziu a desenvolver esta pesquisa.

Destaco como este estudo, as reflexões e análises geradas sobre as minhas experiências profissionais se tornaram valorosas, seja no sentido de repensar e aperfeiçoar minhas ações, seja no sentido de denunciar eventuais violações dos direitos humanos. No cotidiano de minha prática, que ocorre enquanto integrante de equipe multidisciplinar, suscitou uma série de indagações. Assim, passei a questionar: esses homens e mulheres, diagnosticados como indivíduos com transtorno psíquico ou “doença mental”, que são atendidos nesse novo modelo de assistência, que estão agora fora das instituições manicomiais, estariam livres do controle do saber médico e do controle do Estado? Eles são considerados sujeitos de direitos? Seriam empoderados ou aprisionados pelos saberes e intervenções médicas?

Os desafios cotidianos, vivenciados no decorrer das atividades, me fizeram querer entender, em especial, a forma como esses sujeitos eram e são vistos pelos profissionais responsáveis pelos cuidados a eles destinados. Pude observar como todo um arcabouço normativo, de regulamentos, portarias e de legislação, de forma geral, dão sentido às práticas desenvolvidas pelos profissionais e, como estas, têm uma força social muito significativa para e na vida desses “assistidos”.

Desse universo normativo, algo me incomoda (va) de forma mais intensa: o saber médico psiquiátrico enquanto uma autoridade inquestionável, reproduzindo todo um

---

<sup>1</sup> A equipe multidisciplinar do CAPS I de Juazeirinho-PB é composta por uma Coordenadora, uma Médica Especialista em Saúde Mental, um Médico Psiquiatra, dois Psicólogos, uma Assistente Social, uma Educadora Física, uma Enfermeira, uma Psicopedagoga, uma Artesã, duas Auxiliares de Enfermagem, uma Farmacêutica, dois Agentes Administrativos, uma Recepcionista, uma Auxiliar de Serviços Gerais, duas Cozinheiras, uma Ajudante de Cozinha, três Vigilantes e dois Cuidadores.

dispositivo de medicalização excessiva. Análise que, em minha compreensão, é subsidiária do debate central a que me propus na pesquisa, qual seja: a (des)institucionalização.

Refletir sobre essas questões me levou a buscar respostas nos estudos já consolidados sobre o tema, mas, também, a investir na análise das fontes a que tinha/tenho acesso enquanto assistente social em atuação no CAPS I, na cidade de Juazeirinho-PB. Material empírico que me possibilitou observar caminhos para os “assistidos” que poderiam ser associados à terapêutica médico-psiquiatra ou, até mesmo, ampliar os horizontes visualizados por esta. Assim, observar, ouvir, procurar entrar nas rotas traçadas pelos “assistidos” viabilizou respostas para a pesquisa, me deslocando do “lugar” de assistente social, com vistas a promover o cuidado a partir da terapêutica padrão, para o “lugar” de historiadora, problematizando as práticas de cuidado institucionalizadas pela “observação” e “escuta” atenta dos “usuários”.

Assim, esse trabalho de dissertação, que tem como ambientação específica um microcosmo do sistema nacional dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem, também, uma característica que é a de ter ampliado o alcance de minha visão como assistente social para o interior do sistema em que assumo papel ativo no cotidiano dos “assistidos”. Mas, sem dúvidas, isso não tem, pelo ao menos em nível mais amplo, o poder de (des)padronizar todo um sistema.

Acreditar ser possível problematizar cotidianos que me colocaram em “sofrimento” pelo “outro” (o destinatário - “assistidos”) viabilizou as análises que integram os resultados presentes neste trabalho.

Essa alavancagem projetou questões subsidiárias às compreensões do que vem a ser a des(institucionalização). Daí nos indagarmos: como foi construído e legitimado o saber-poder médico sobre a “loucura”? Como essa sofreu um processo de psiquiatrização? Seria este saber-poder o promotor da criação dos manicômios? Estaria no processo de institucionalização da loucura e, conseqüentemente a “invenção” do louco, a legitimação da autoridade médico-psiquiátrica?

Portanto, problematizar a des (institucionalização) foi aqui a fenda da larga porta que é seu esteio: a sociedade das instituições reguladoras da vida, promotoras da norma que ordena normalidade e anomalia; que protege o ritmo da produção moderna ao passo em que opera prevenindo possíveis “perdas”, retirando os *outsiders*.

Os estudos sobre as instituições psiquiátricas modernas, o saber médico legitimado e os discursos e intervenções institucionais/médicas sobre a loucura e o louco foi objeto de historicização e desnaturalização de Michel Foucault (1997). De acordo com o referido autor

(FOUCAULT, 1997), nos séculos XVII e XVIII, a incapacidade do trabalho levava os loucos, juntamente com os idosos, mendigos e os demais excluídos da sociedade a lugares como leprosários. No final do século XVIII, o internamento começa a ganhar características médicas e terapêuticas. É no século XIX, que o fenômeno da loucura ganha um olhar científico, contexto esse que acelera o processo de institucionalização, psiquiatrização e disciplinarização da loucura (FOUCAULT, 1978).

Além dos conceitos acima citados, o conceito de anormal de Foucault é de grande utilidade nessa pesquisa, visto que o louco foi enquadrado a partir da noção de “monstro humano” como aquele que se constitui

em sua existência mesma e em sua forma, não apenas uma violação das leis da sociedade, mas uma violação das leis da natureza [...] o monstro é, em si, ininteligível ou dotado de uma inteligibilidade tautológica. Neste contexto, o anormal é, no fundo, um monstro cotidiano, um monstro banalizado (FOUCAULT, 2001, p.69-71).

Ao fazer um histórico dos manicômios, Amarante (1995) evidencia como durante a época clássica, o hospício tem uma função eminentemente de “hospedaria”. Os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia representam o espaço de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça à lei e a ordem social. O enclausuramento não possui, durante esse período, uma conotação de medicalização, uma natureza patológica. O olhar sobre a loucura não é, portanto, diferenciador de outras categorias marginais, mas o critério que marca a exclusão destas está referido à figura da desrazão. A preocupação com critérios médico – científicos - expressão do saber médico - não pertence a tal período. Logo, “a história da nossa psiquiatria está atrelada a um processo de asilamento e de medicalização social” (AMARANTE, 1994, p.74).

A loucura e o louco, em suas várias percepções e representações verificadas ao longo dos séculos XV a XX, períodos correspondentes à Renascença, à era Clássica, à era Moderna e à contemporaneidade, foram “tratados” de várias maneiras. Na perspectiva de Foucault (1978), no contexto clássico, as representações da loucura têm, na base de sua construção, princípios metafísicos dos quais a religião, a moral e a filosofia se apropriam para explicá-los.

Foucault (1978) delimita o lugar da loucura na história a partir das considerações acerca da relação entre a lepra e a loucura. A lepra foi representada como um mau contagioso com forte conotação moral - religiosa, devendo o indivíduo acometido por ela ser segregado da sociedade. Com o tempo, o foco sobre a lepra foi sendo substituído pelas doenças venéreas, as quais passam a ser objeto de interesse das estruturas morais e religiosas da época. A partir

dos séculos, XVII e XVIII surgem as internações por tempo determinado em lugares reservados à loucura. Essas experiências marcam, mesmo que de forma rudimentar, a representação da loucura como doença.

Para entender o funcionamento e a filosofia das instituições modernas, a exemplo das prisões, quartéis, hospitais e manicômios, me fundamento em Goffman (1974) e em sua definição de instituições totais, enfatizando o seu caráter de “fechamento” ou seu caráter total, simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo, produzindo ou praticando o que chama de sequestro e de mortificação do Eu.

A categoria de representação de Roger Chartier (1990) será muito importante para compreender as representações construídas sobre a loucura ao longo da História. O referido autor conceitua a representação como uma construção cultural, onde o indivíduo ou um grupo de indivíduos, dá/constrói/produz/cria um significado para o mundo social. É um processo de significação intencional, carregado de interesses, que corresponde a uma determinada estratégia de um agente social ou de um grupo social. Construir representações é tanto uma prática cultural quanto sociopolítica (CHARTIER, 1990). Assim, a representação é considerada, por esse historiador, um componente essencial dos discursos. Tais discursos cabem ressaltar, nunca são neutros ou isentos: são práticas sociais dotadas de intencionalidade e correspondem a interesses específicos.

Outro conceito fundamental na compreensão geral dos indivíduos considerados loucos é a noção de sujeito inominável de Certeau (2003), ou aqueles associados ao não-lugar, considerando-se que existe a morte social e simbólica desses sujeitos, visto que,

o medo da morte, não está unicamente relacionada a um último suspiro da morte, está relacionado com a incapacidade. Com o outro objeto que nem mesmo se oferece mais a um trabalho; ambos intoleráveis numa sociedade (CERTEAU, 2003, p. 294).

Em outras palavras, o problema maior sobre a morte é que ela, como muitas definições tradicionais, é circular. Morremos quando deixamos de viver, e deixamos de viver quando morremos.

O conceito de instituições totais de Goffman (1974) e os conceitos de Foucault de biopoder (1989), disciplinarização (1991) e psiquiatrização da loucura (1978) são subsidiários das análises que apresento nesse trabalho.

Para fazer a discussão do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil me fundamento, aqui, nos estudos de Roberto Machado (1978), Portocarrero (2002) Jurandir Freire Costa (2006), Paulo Amarante (1995). Segundo esse último, tal processo pode ser pensado como

uma tríade, ou dividido em três momentos. O primeiro momento abarca uma crítica ao padrão hospitalocêntrico; o segundo momento diz respeito à reforma sanitária nos anos iniciais da década de 70; e o terceiro momento marca a (des) institucionalização com a publicação da Lei n. 10.216/2001, que versa sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A aprovação da referida lei, de autoria de Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, provocou alguns deslocamentos conceituais e procedimentais no âmbito da saúde mental, destacando entre algumas, o fato do indivíduo sair da condição de ser paciente e passar a ser sujeito de direitos, produzindo outros conceitos de loucura e novas representações de “louco” ou usuário ou indivíduo em sofrimento psíquico.

Analiso, então, como se deu a crise de autoridade dos manicômios e suas respectivas formas de “tratamento” das doenças mentais, através do movimento por reformas e a luta antimanicomial no contexto dos anos de 1960/70 na Europa e principalmente no Brasil. E, historicizo como se deu a implantação e legitimação de outras terapêuticas destinadas às doenças mentais nos final de 1990 e início de 2000, sejam elas no cenário internacional ou nacional e regional, a exemplo das implantações e implementações dos CAPS no Brasil e na Paraíba a partir da primeira década de 2000, experiência de que faço parte.

Para tentar entender e responder algumas perguntas da pesquisa estabeleço como objetivo geral historicizar e analisar como se deu a transição das práticas médico-psiquiátricas instituídas nos manicômios e as experiências psicossociais adotadas pelas novas instituições de saúde mental, comparando formas de intervenções no modelo manicomial com as novas institucionalizadas no CAPS I, no município de Juazeirinho-PB (2004-2020).

O trabalho se apoia em estudos sobre a loucura e a construção dela como doença mental na modernidade, a exemplo do diálogo estabelecido com as produções de Foucault (1978), de Portocarrero (2002), de Paulo Amarante e de Pessotti (1994), que me permitiram fazer um histórico sobre as representações da loucura em algumas épocas.

Como um dos objetivos fundamentais dessa pesquisa é fazer um mapeamento e análise das Regulamentações e Normatização Jurídicas na institucionalização da loucura e dos manicômios, utilizei como fontes os decretos, leis, portarias e legislação em geral. Os arquivos a que recorri na pesquisa foram: Coleção de Leis do Império do Brasil (Publicação Original de 1852) e Coleção de Leis do Brasil de 1890 e 1903; Diários Oficial da União dos anos de 1911, 1927 e de 1934 e do “Código Civil dos Estados do Brasil de 1916”, documentos acessados nos sites oficiais sobre leis do País.

Para a experiência nos CAPS, no contexto mais recente do final da década de 1990 e primeira década de 2000, analisei as diretrizes institucionais<sup>2</sup> que regem a organização, procedimentos e ações que podem e devem ser desenvolvidos no âmbito dos CAPS, normativos esses estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2010); e atas, relatórios e prontuários multidisciplinares que se encontram arquivados no CAPS I (Juazeirinho).

Estabeleci, no decorrer da análise aqui apresentada, diálogo constante com a legislação nacional e internacional, que versa sobre os manicômios e a reforma psiquiátrica.

A princípio a pesquisa estava fundamentada, também, nas fontes orais, onde seria entrevistada desde a equipe multidisciplinar, a família e até, alguns usuários diagnosticados com doenças mentais. Ao cursar algumas disciplinas, fazer novas leituras, recepcionar algumas sugestões advindas da orientação e, principalmente, o cenário de pandemia da Covid 19 no ano de 2020, exigiu um novo protocolo de segurança sanitária e conduziu a que fosse adotado outro percurso da pesquisa. Assim, optei por utilizar as fontes arquivadas, tanto aquelas disponibilizadas em sites, quanto no arquivo do CAPS, uma vez que estava trabalhando de forma regular e no modo presencial.

Em relação a pensar o campo da saúde mental enquanto passível de submeter-se às análises científicas, pude observar que, na última década, ele passou a ser apropriado como objeto de estudos e de pesquisas por pesquisadores de especialidades variadas<sup>3</sup>, estando à ênfase nas políticas públicas de atenção e cuidados destinados a pessoa em “sofrimento psíquico”. No entanto, no sentido de se visualizar novos paradigmas e formas de intervenções, os estudos ainda são frágeis, daí observo a necessidade de ampliação quantitativa e qualitativa da pesquisa naquilo que diz respeito às diretrizes que regem a nova cultura de atenção a esses sujeitos, ou acerca das experiências e práticas realizadas a partir desses normativos no interior das instituições.

A dissertação está sistematizada em três capítulos. O primeiro capítulo vai se caracterizar como uma revisão bibliográfica sobre o tema da loucura ao longo da História

---

<sup>2</sup> Essas diretrizes e documentos, produzidos a partir do preenchimento dos formulários, seguem orientações do Ministério da Saúde (2010), que estabelecem que essas instituições – CAPS - devem trabalhar com a ideia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto terapêutico de cada usuário dentro e fora da unidade, desenvolvendo atividades para permanência diária no serviço. Isso denota como política nacional de saúde mental afirma ter, como objetivo a reintegração social das pessoas acometidas por algum tipo de transtorno, mediante prestação de atendimento aos portadores de transtornos mentais tão somente nesses espaços. Essa perspectiva é apontada por Amarante que considera que a introdução do termo “usuário” pela legislação do SUS em 1990 indica uma tendência ao protagonismo aos que anteriormente eram apenas “pacientes.

<sup>3</sup> Nesse sentido, os campos da biomedicina psiquiátrica, das ciências jurídicas, da psicologia, da história da saúde e da doença, das ciências sociais, de forma mais geral e, em nível mais específico, da História e da assistência social.

Ocidental e tem como título “A Loucura na História: Dos Paradigmas Mitológicos/Metafísicos/Religiosos e Organicistas aos Paradigmas Mentalistas/Psiquiátricos e a Institucionalização dos Manicômios. Nele irei fazer um histórico sobre a institucionalização dos primeiros manicômios na Europa e o processo de psiquiatrização da loucura, que ocorreu na transição do século XIX para o século XX, no âmbito de tais instituições manicômiais.

Para fundamentar tais processos, faço um breve histórico e mapeamento e análise da literatura sobre os temas das teorias modernas que abordam a loucura e/ou as “patologias” mentais no âmbito da medicina psiquiátrica, apresento e analiso algumas representações filosóficas e sociais da loucura mais marcantes ao longo da História. Farei uma análise de como o saber médico é legitimado no âmbito dessas instituições que isolam os denominados “alienados”, problematizando como a loucura vai entrar para a categoria de doença mental a partir da ciência psiquiátrica e como vai se expandir como uma representação mais ampla, adquirindo mais legitimidade social. Tal processo é considerado por Birman (1978) como a produção social das doenças mentais. Vou apresentar sobre a emergência das instituições disciplinares, a ciência sobre a loucura e a disciplinarização dos corpos segundo Foucault e o processo de institucionalização dos manicômios.

No segundo capítulo que tem como título “A Influência de Paradigmas Estrangeiros no Brasil: A Regulamentação Estatal e Médica e os Instrumentos legais de Disciplinarização da Loucura” que irá apresentar o contexto de fundação dos manicômios no Brasil, trazendo desde os asilos de “acolhimentos” a todos os hospícios psiquiátricos para internação dos alienados. Irei destacar a importância da Liga Brasileira de Higiene de Saúde Mental e sua concepção de loucura fundamentada na eugenia, no racismo e na higienização social. Discutirei ainda o processo de modernização dos hospícios, a partir das reformas propostas por Juliano Moreira, a exemplo das colônias agrícolas e do manicômio judiciário e a, posterior, crise do hospital psiquiátrico e o movimento antimanicomial no Brasil a partir do contexto de 1970/90.

No último capítulo, irei enfatizar as novas políticas públicas de saúde mental no Brasil desde o final de 1990 até 2020, fazendo mapeamento e análise dos documentos, leis e regulamentos e estatutos que regulam e normatizam as criações e o funcionamento dos CAPS no Brasil, na Paraíba e em Juazeirinho-PB. Os prontuários terão destaques como fontes de análise, em virtude de sua riqueza de informações sobre os procedimentos e as representações das pessoas que têm “transtornos” e que vivem “em sofrimento mental”, termo mais apropriado na atualidade para designar os usuários dos CAPS.

## CAPÍTULO 1 – A LOUCURA NA HISTÓRIA: DOS PARADIGMAS MITOLÓGICOS/METAFÍSICOS/RELIGIOSOS E ORGANICISTAS AOS PARADIGMAS MENTALISTAS/PSIQUIÁTRICOS E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS MANICÔMIOS

### 1.1 MODERNIDADE, SABER MÉDICO E O PODER DISCIPLINAR: BIOPODER, AUTORIDADE MÉDICO-PSIQUIÁTRICA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

Nesse capítulo irei historicizar sobre institucionalização dos primeiros manicômios na Europa e o processo de psiquiatrização da loucura (FOUCAULT, 1978) que ocorreu na transição do século XIX para o século XX, no âmbito de tais instituições manicomiais. Para fundamentar tais processos, faço um apanhado bibliográfico sobre algumas teorias modernas que abordam a loucura e/ou as “patologias” mentais no âmbito da medicina psiquiátrica, apresento e analiso algumas representações filosóficas e sociais da loucura mais marcantes ao longo da História ocidental. Farei uma análise de como o saber médico é legitimado no âmbito dessas instituições que isolam os denominados “alienados”, problematizando como a loucura vai entrar para a categoria de doença mental a partir da ciência psiquiátrica e como vai se expandir como uma representação mais ampla, adquirindo mais legitimidade social. Tal processo é considerado por Birman (1978) como a produção social das doenças mentais.

Na modernidade ocidental, principalmente a partir do século XIX, a ciência médica adquire status de autoridade e de controle mediante diagnósticos e terapias em todas as áreas de especializações que começam a se instituir, a exemplo da ginecologia, obstetrícia, pediatria, geriatria e outros. A psiquiatria não seria diferente, pois como especialidade médica que se dedica ao estudo e “tratamento” da loucura ou patologias mentais, tal saber esteve e está atrelado a um poder disciplinar. (FOUCAULT, 1989)

Sobre a questão do poder disciplinar na modernidade, Foucault na sua obra *Vigiar e Punir História da Violência nas Prisões* (1999) evidencia como os sujeitos são transformados em corpos manipuláveis, ordenáveis e dóceis através de métodos de coerção, disciplinarização, controle e supervisão, enfatizando que os métodos

tornam possíveis o controle meticuloso das operações dos corpos, que assumem a constante subjetivação destas forças e impõem sobre elas a relação de docilidade-utilidade, podem ser chamadas de disciplinas”, e complementa dizendo que estas, no decorrer dos séculos dezessete e dezoito, [...] se tornaram fórmulas gerais de dominação (FOUCAULT, 1999, p.137).

Para obtenção desse controle meticuloso dos corpos se faz necessários investimentos para produção de um saber do homem, da individualidade, “do indivíduo normal ou anormal, dentro ou fora da regra, saber este que, na verdade, nasceu das práticas sociais, das práticas sociais do controle e da vigilância”, ou seja, necessita-se de todo um dispositivo disciplinar, vigilante, eficaz e produtivo sobre os corpos, em especial<sup>4</sup> sob os corpos “anormais”. Esse dispositivo foi denominado por Foucault (1988) como biopoder, o qual foi

fundamental para a expansão e desenvolvimento do capitalismo ‘que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos’, bem como do efeito de docilização e assujeitamento que os mecanismos de poder produziram ‘em todos os níveis do corpo social e utilizados por instituições bem diversas: a família, o exército, a escola, a polícia, a medicina individual ou a administração das coletividades’ (FOUCAULT 1988, p. 132).

Esse governo sobre a vida, esse biopoder<sup>5</sup>, refere-se a uma técnica de poder que busca criar um estado de vida em determinada população para produzir corpos economicamente ativos e politicamente dóceis. Na perspectiva foucaultiana, a era do biopoder nasce com o desenvolvimento de disciplinas diversas (como Exército, conventos, escolas e hospitais) no decorrer da época clássica; no aparecimento dos problemas de natalidade, de saúde pública, de habitação e de migração no terreno das práticas políticas e observações econômicas; e na explosão de técnicas diversas para se obter a sujeição dos corpos e o controle das populações (FOUCAULT, 1988).

Portocarrero (2002) concorda com Foucault quando ele afirma que inaugura-se a era do “biopoder” a partir do século XVIII<sup>6</sup>, período que o poder sobre a vida centrou-se no corpo como espécie e como todos esses processos operam para garantir, sustentar, multiplicar a vida e ordená-la. É quando surgem os problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação, migração, que exigem técnicas diversas para obtenção da sujeição dos corpos e o controle das populações.

---

<sup>4</sup> FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988, p. 132.

<sup>5</sup> O biopoder pode ser estabelecido a partir de duas dimensões: a disciplina como forma de governo dos corpos dos indivíduos e a biopolítica, configurando-se o governo da população como um todo. Antes de o biopoder vigorar predominava um tipo de poder soberano, que dispunha do direito de vida e de morte sobre os súditos e operava pelo fazer morrer e pelo deixar viver. Segundo Foucault, o biopoder emerge a partir do século XVIII no Ocidente, ganhando muito legitimidade nos séculos XIX e XX.

<sup>6</sup> Na dissertação de PORTOCARRERO., V. Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 152 p. Loucura & Civilização collection, v.4. ISBN 85-7541-019-9.

Em se tratando de biopoder e da biopolítica instituída para o louco e para a loucura como fenômeno de saúde pública e de intervenção médica, instituí-se dispositivos para governar e disciplinar os loucos, considerados anormais pela ciência psiquiátrica. Nessa perspectiva, Foucault, (1989), denuncia que toda uma rede de aprisionamentos, catalogações, classificações e de dispositivos de cura/correção e punição que são instituídos pelo saber-poder médico e toda uma rede de saberes sociais. Desse modo, os dispositivos disciplinares da medicina psiquiátrica e a institucionalização dos manicômios para doentes mentais se configuram no exercício especializado do biopoder, na forma da disciplina e da biopolítica. Por isso, para ele, se faz necessário compreender as redes de relações entre práticas, saberes e discursos que fundam a psiquiatria, temática que pesquisa na sua obra clássica e de grande impacto político *História da Loucura* (1978), onde ele evidencia que,

os dispositivos disciplinares da prática médica psiquiátrica permitem um mascaramento da experiência trágica e cósmica da loucura, através de uma consciência crítica. Esta obra aponta para uma desnaturalização e desconstrução do caminho aprisionador da modernidade sobre a loucura, qual seja, aquele que submeteu a experiência radicalmente singular do enlouquecer a classificações e terapêuticas ditas científicas: submissão da singularidade à norma da razão e da verdade do olhar psiquiátrico, rede de biopoderes e disciplinas que conformam o controle social do louco (AMARANTE, 1998, p. 24).<sup>7</sup>

Esse predomínio do saber-poder médico foi questionado e contestado por Foucault já em sua obra *Microfísica do Poder* (1989), onde ele critica o enclausuramento da loucura sustentado pelo poder médico, nos chamando a atenção de que o papel do médico passa a ter uma relação de poder muito específica, pois em sua aplicação/atuação encontra-se a verdade sobre a doença. A institucionalização da loucura – composta por um território e por um poder para melhor conhecer/tratar – traz a ideia de que a doença mental era propriedade do manicômio/hospital psiquiátrico, e que seu guardião seria o médico (SANDER, 2010). Esse autor destaca como tese geral que perpassa a obra (como um todo) de Foucault que “a loucura não é um fato da natureza, mas da civilização” (SANDER, 2010, p. 382). Em outras palavras, a loucura é uma produção social histórica, mediada em grande medida por discursos, práticas e produções de representações sobre o estado de saúde mental dos pacientes.

Conforme Roberto Machado, um dos mais importantes interpretes da de Foucault no Brasil, o próprio Foucault evidencia na sua obra *O Nascimento da Clínica* (2006), como o Hospital Geral torna-se, posteriormente, uma importante instituição médica, ou seja, é de tal

---

<sup>7</sup> AMARANTE, Paulo (Coord.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1995, p. 24.

forma capturada pela medicina que se torna a instituição médica por excelência, lugar privilegiado de produção e exercício do saber médico. Ou seja, a medicina passa a ser uma prática e um saber cujo exercício torna-se eminentemente hospitalar e "não se trata, malgrado o nome, de uma instituição médica, mas de uma estrutura 'semijurídica', entidade assistencial e administrativa que se situa entre a polícia e a justiça" (MACHADO, 1982, p.63).

Nesse sentido, para Foucault a História da psiquiatria, ao contrário do que muitos dizem, não significa a libertação dos loucos e da loucura de redes de poderes que possibilitam a liberdade e individualidade tão apregoada na modernidade pela ciência e pelos discursos de progresso. Para ele uma nova forma de poder, o disciplinar, seria mais controladora e aprisionar dos corpos dos sujeitos agora denominados como anormais. Por isso, segundo COSTA (2006), a perspectiva de Foucault sobre a história da psiquiatria, não pode ser

corretamente analisada a partir de conceitos psicológicos ou sociológicos. Só o conceito de poder, em suas diversas modulações históricas, permite compreender a natureza da prática e das teorias psiquiátricas, desde suas origens até seu estágio atual [...] seria impossível, portanto, analisar a psiquiatria a partir de outras ciências humanas, pois todos esses sistemas de saber circulariam no mesmo espaço da racionalidade: a racionalidade a *posteriori* das práticas de disciplina corporal (COSTA, 2006, p. 22).

Assim, os conceitos de poder e de disciplina corporal, alicerçam as práticas, diagnósticos e prescrições médico-psiquiátricas entorno dos tratamentos da loucura, agora denominada doença mental, por esses especialistas. Tais procedimentos são legitimados no século XIX, posto que, no período histórico que se estende até a Revolução Francesa, conforme Foucault (1978), não existia a categoria psiquiátrica de doença mental, evidenciando que essa categorização ocorre a partir dos psiquiatras do final do século XVIII e início do XIX, a exemplo de Pinel e Esquirol. Antes disso, a loucura era simplesmente doença e estava integrada, como as outras doenças, ao tipo específico de racionalidade médica próprio da época clássica. Para a racionalidade médica do século XVIII, a loucura é uma doença categorizada como espécie patológica, ou seja, “Não há, portanto, na época clássica, [...], uma medicina especial, como a psiquiatria, fundada na distinção entre o físico e o mental”. (MACHADO, 2000, p.15).

A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria – assim como outros saberes do campo social – passa a ser um imperativo de ordenação dos sujeitos. Neste contexto, a psiquiatria seguirá a orientação das demais ciências naturais, assumindo uma matriz de predomínio positivista. Um modelo centrado na medicina biológica que se limita em observar

e descrever os distúrbios nervosos, intencionando um conhecimento objetivo do homem (AMARANTE, 1998).

A associação do louco a um ser não dotado de razão e, logo, desprovido de humanidade, aproximando-o de uma “animalidade secreta e temida” e não domada dos homens, destitui não só a humanidade do louco, mas o transforma em doente mental, aberração e anormal. Estabelecem-se a partir dessas nomeações, classificações e catalogações com objetivo de conhecer mais profundamente e, assim, melhor governar os corpos e a população para produzir resultados produtivos e eficazes. Um novo governo e representação sobre a loucura se legitimam.

Nessa perspectiva, ao atribuir ao louco uma identidade marginal e doente,

a medicina torna a loucura ao mesmo tempo visível e invisível. Criam-se condições de possibilidade para a medicalização e a retirada da sociedade, segundo o encarceramento em instituições médicas, produzindo efeitos de tutela e afirmando a necessidade de enclausuramento deste para gestão de sua periculosidade social. Assim, o louco torna-se invisível para a totalidade social e, ao mesmo tempo, torna-se objeto visível e passível de intervenção pelos profissionais competentes, nas instituições organizadas para funcionarem como lócus de terapeutização e reabilitação – ao mesmo tempo, é excluído do meio social, para ser incluído de outra forma em outro lugar: o lugar da identidade marginal da doença mental, fonte de perigo e desordem social [...] Neste sentido, as práticas psiquiátricas pretendiam muito mais intervir/assistir ao paciente, feito objeto, do que interagir com a existência-sofrimento que se apresentava. (AMARANTE, 1998, p. 46).

Esse não-lugar social destinados aos loucos e esse estigma social será expandido após a institucionalização dos manicômios de alienados (especializados em doentes mentais), pois o louco será visto como monstro e enquadrado como anormal (FOUCAULT, 1978), sendo separado como diferente e que deve ser isolado das demais categorias de infames que inclusive anteriormente conviviam nos mesmos espaços. Ou seja, antes disso, no século XVIII, o internamento nos manicômios não se restringia apenas aos doentes mentais, mas também a todo tipo de categoria desvirtuada da ordem social, como as prostitutas, os libertinos, os homossexuais, os viciados, os vagabundos. Tais categorias sociais eram considerados não só inválidos, mas indóceis ao sistema e, logo, não se integravam à máquina produtiva do sistema político-econômico. Buscava-se, assim, promover a consolidação do trabalho como vocação e virtude<sup>8</sup>, ao mesmo tempo em que os combatia também a ociosidade a partir do internamento, alimentado por um processo de criminalização da “vadiagem” ou da vagabundagem” (FOUCAULT, 1997).

---

<sup>8</sup> FOUCAULT, Michel. Resumo dos cursos do Collège de France (1970- 1982); tradução, Andréa Daher; Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Ed., 1997.

Esse fenômeno de “grande enclausuramento” se refere as mais diversificadas categorias sociais que eram consideradas “fora” dos padrões sociais da época, já denota como o louco também já era visto como desvio patológico e que merecia aprisionamento e isolamento da sociedade como forma de combate a ócio, a contenção de comportamentos de indisciplina, sendo uma forma de prevenção social. Essa percepção de patologia e de anormalidade será intensificada em relação aos considerados loucos, visto que, conforme Amarante (1998) essa noção de periculosidade social será associada “ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata” (Barros, 1994, p.34). A relação tutelar para com o louco torna-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais e cartografa territórios de segregação, morte e ausência de verdade. Esse paradigma psiquiátrico que

transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso. A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade. Assim, institui-se uma correlação e identificação entre punição e terapeutização, a fim de produzir uma ação pedagógica moral que possa restituir dimensões de razão e de equilíbrio. Desta forma, a relação que se estabelece entre o sujeito que cura e o objeto de intervenção, subtrai a totalidade subjetiva e histórico-social a uma leitura classificatória do limite dado pelo saber médico. Uma codificação dos comportamentos é justificada pelo saber competente, multiplicado no imaginário social da modernidade. É a passagem de uma visão trágica da loucura – perfeitamente integrada no universo social do renascimento – para uma visão crítica, produtora de redução, exclusão e morte social (AMARANTE, 1998, 46-47).

Fica claro a partir dessa fala de Amarante como se estabelece o entrecruzamento entre, uma terapia punitiva direcionada aos loucos, na mesma perspectiva das instituições prisionais, que buscavam praticar uma pedagogia da correção, ao mesmo tempo, uma pedagogia da punição, com fins educativos para os outros que estavam fora dessa condição, seja da loucura ou da delinquência. Para se consolidar essas políticas e intervenções, segundo Foucault (1978), o saber-poder médico é fundamental, mas não exclusivo, pois para consolidação de novas representações sobre loucura foi necessário a disseminação da categoria de doenças mentais por toda sociedade para garantir mais legitimidade ao internamento e ao tratamento. Ou seja, o estatuto de louco é conferido não só pelo conhecimento médico, mas por uma percepção social, dispersa e produzida por diversas instituições da sociedade como a polícia, a justiça, a

família, a Igreja, etc., a partir de critérios que dizem respeito não à medicina, mas à transgressão às leis da razão e da moralidade<sup>9</sup> (MACHADO, 1982).

Joel Birman na sua obra *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade* (1978), enfatiza como na passagem do século XVIII para o século XIX, o discurso médico em relação à loucura não consegue explicar a loucura na sua nosologia classificatória, sem conseguir demonstrá-la por intermédio da anatomia patológica, visto que, os médicos se dedicam a considerar critérios morais, comportamentos e gestos dos insanos, para composição dos quadros nosológicos da loucura. O tratamento moral como prescrição médica deveria incidir sobre tudo o que possa agir sobre o cérebro e modificar nosso “ser pensante”. Enfim, aquilo que possa dominar e dirigir as paixões, serão objeto do tratamento moral (BIRMAN, 1978).

Essa percepção da loucura como doença mental que exige um “tratamento moral” nada mais é senão a busca de correção e normatização que era projeto moderno de biopolítica e de controle e gestão interventiva sobre os corpos e comportamentos da população. O tratamento moral será defendido por muitos psiquiatras à época e deve acontecer ainda em lugares especializados, ou seja, os manicômios de alienados. A concepção da loucura como alienação mental e a implantação dos manicômios psiquiátricos com intenções de cura/correção se institui na transição do século XVIII para o século XIX, marcando muitas diferenças em relação a outros contextos históricos, como o período clássico, medieval e da Renascença.

O processo de psiquiatrização da loucura, legitimada por psiquiatras como Pinel e Esquirol, os quais apresentam uma nova concepção sobre a natureza e a causa da loucura, faz emergir novas abordagens, representações e tratamentos para a loucura, promovendo deslocamento em relação aos séculos XVII e XVIII, período marcado por certa hegemonia secular de um organicismo hipotético ou até metafísico (PESSOTI, 1996). Mas afinal, o que seriam esses paradigmas fundamentados em organicismo hipotético e/ou metafísico e que foram hegemônicos em contextos históricos anteriores? Que diferenças a modernidade traz em relação a essas concepções anteriores? Como outras épocas, a exemplo do período clássico e medieval representavam e que atitudes tinham diante dos considerados loucos? Sobre essas diferenças históricas faremos uma apresentação e problematização a seguir.

## 1.2 - REPRESENTAÇÕES CLÁSSICAS SOBRE A LOUCURA: DO MITOLÓGICO AO ORGÂNICO

---

<sup>9</sup>MACHADO, Roberto. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*, 1982, p.63.

A partir do que foi anteriormente apresentado sobre teorias e paradigmas na ciência médica e da especialidade psiquiátrica, fica claro como houve mudanças nas formas de percepção da loucura no século XIX em relação a épocas anteriores. Isso não significa que os considerados loucos tiveram dias melhores ou viveu uma “idade de ouro”, porque estariam livres do saber-poder médico e da disciplina que a modernidade impõe com a psiquiatria e os manicômios, pois cada época foi marcada por representações, conceitos e atitudes diante do que era considerada loucura para dada sociedade e tiveram seus efeitos e implicações políticas próprias.

Na Antiguidade Clássica, até a era cristã, as concepções de loucura variaram entre as defendidas por “Homero com um enfoque mitológico-religioso; o de Eurípedes com a concepção passional ou psicológica; e o de Hipócrates e Galeno com as disfunções somáticas”<sup>10</sup>. Tais definições de loucura irão muitas vezes se entrecruzar e produzir concepções que geram conflitos de entendimentos.

Desde Platão a loucura tem sido objeto de reflexão da filosofia como campo de saber sobre a natureza humana, a alma, as paixões, a ética e a moral. A filosofia trata, ainda, do próprio processo do conhecimento e, antes da ciência moderna, compete à filosofia 'falar' do real, da verdade, e da verdade do real. Os homens de saber são, acima de tudo, filósofos (AMARANTE, 1996). Todo um conjunto de obra no período clássico faz menção a concepções e representações de loucura. Verifica-se que,

nos escritos da medicina antiga ou do período greco-romano é frequente encontrar apenas as duas grandes classes ou gêneros, seculares: loucura furiosa ou mania e loucura triste, ou melancolia [...] a loucura não era sequer uma doença; na boa tradição hipocrática, era apenas um sintoma (ao lado de outros, como a febre e o vômito) de desarranjos na economia humoral. (PESSOTTI, 1999, p. 27).

Desse modo, os filósofos na Antiguidade, segundo Pessotti (1994), não concebiam a loucura como doença, mas como desequilíbrio metafísico e/ou orgânico. Nesse período muitos filósofos propuseram conceitualizações e práticas sobre a loucura, primeiro com Homero (928 a.C.), que via os comportamentos e atos de pessoas destituídas de razão como atribuição da ordenação divina (definição de loucura), desresponsabilizando o indivíduo acometido das consequências de seus atos, pois estaria possesso pelos deuses. Assim, o

---

<sup>10</sup>DE ROLEMBERG FIGUEIRÊDO, Marianna Lima; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-ALAGOAS**, v. 2, n. 2, p. 124, 2014.

acometido não era culpado por seu sofrimento ou pelo causado a outrem, não sendo estigmatizado nem considerado doente, não existindo também práticas específicas para sua cura, sendo no máximo propostos rituais reparatórios e oferendas para acalmar a ira divina – tentava-se atingir os deuses, e não os acometidos. Se a loucura é um "acidente de percurso", ela não acarreta qualquer estigma. Não há necessidade de cura, já que não existe doença alguma. Em outras palavras a loucura é

um estado anormal do cérebro. A causa dela é algum desequilíbrio humoral, devido à alteração do estado físico dos humores ou de sua localização e movimentação no interior do corpo. As alterações comportamentais ou mentais, como o delírio, são meros sintomas. Igualmente, são simples sintomas os estados emocionais que os pacientes podem relatar. Ressalvado o fato de que no pensamento da época não há lugar para a ideia de uma patologia da mente, doença mental, desequilíbrio emocional ou ideias equivalentes. A loucura, estado de até é apenas uma interferência transitória e caprichosa dos deuses, sobre o pensamento e a ação dos homens e que pode levá-los a comportamentos nocivos ou bizarros. Mudado o humor da divindade, a loucura e seus efeitos desaparecem (PESSOTTI, 1994, p. 20).

Se a loucura era “desequilíbrio humoral, devido à alteração do estado físico dos humores”, então o tratamento da loucura era essencialmente físico (PESSOTTI, 1996). As frequentes alusões à conveniência de empregar música, recreação ou conselhos como recursos eram uma prefiguração da psicoterapia, na maior parte dos casos, constatava-se que os órgãos respondiam a tais situações, de modo a facilitar a normalização da economia humoral. Desse modo, o sono, relaxamento, passeios, música atividades artísticas, representação teatral eram aconselhados por sua eficácia no processo de purgação ou transformação ou deslocamento de humores desnaturados, excessivos, ou extraviados de suas sedes normais.

Não só na poesia épica de Homero, mas também nos textos da tragédia grega, por exemplo, a loucura é apresentada, comentada e até explicada por diversos personagens, embora, conforme Pessotti, é provável que, nem Homero nem os trágicos, estivessem interessados em expor ou formular um conceito de loucura. Contudo, esses textos poéticos retratam uma concepção dramatizada da natureza humana e de seus desvios; e, por isso, são textos que representam no mínimo, concepções da loucura que se apresentavam publicamente e que, portanto, faziam parte do ideário popular das respectivas épocas.

Em Homero, portanto, a loucura é um estado de desrazão, de perda do controle consciente sobre si mesmo, de insensatez, no sentido de que, sob a até, o homem perde, ou pode perder, o contato ordenado com a realidade física ou social. Quanto à origem, não há dúvidas: toda loucura é obra de

Zeus, de muitos deuses ou de entidades subalternas, de diferentes níveis hierárquicos, no plano da divindade (PESSOTTI, 1994, p 19).

No poema de Homero a *Iliada*, caracteriza-se o primeiro modelo teórico da loucura, um modelo predominantemente mitológico, que terá reflexos duradouros, nas diferentes épocas da psicopatologia. Não apenas mitológica é a origem da loucura, ela é também teológica,

os heróis homéricos não enlouquecem, são tornados loucos, por decisões da divindade, embora as manifestações e consequências da loucura se passem no plano das realidades física e social (PESSOTTI, 1994, p.21).

Ou seja, o conceito de loucura da poesia de Homero implica “a intervenção direta e permanente dos deuses na vida dos homens. São os deuses e seus instrumentos, [...] Erinias ou Moira, que roubam ou confundem a razão dos homens e os enlouquecem” (PESSOTTI, 1994, p. 20-21). Desse modo, a partir dessa concepção da loucura a “terapia” depende de agentes externos, implica o ajustamento a um modelo social, que requer, além do apoio externo, algum autoconhecimento, algo como a consciência do que hoje se chamaria conflitos internos. (PESSOTTI, 1994).

Platão, também, considerava a loucura como um desarranjo na boa ordem entre as partes do sistema da *psyche*, havendo assim um desvio da racionalidade do sistema, ou seja, a

dimensão dos apetites eram considerados instintivos, porém a racional deveria seguir a lógica e comandar as demais. Qualquer desvio dessas incumbências específicas era desordem mental, era loucura (PESSOTTI, 1994, p.60).

Ainda entre os clássicos, uma abordagem orgânica da loucura é defendida por Hipócrates, o qual chegará como influência na medicina moderna. Conforme Pessoti, em sua obra “*A Loucura e as épocas*” (1994), Hipócrates define a loucura como

desarranjo da natureza orgânica e corporal do homem. E os processos de perda da razão ou do controle emocional passam a constituir efeitos de tal desarranjo. São entendidos como resultantes de processos e condições orgânicas, cujo dinamismo é descrito até em pormenores. Um dinamismo fundado numa anatomo-fisiologia em grande parte hipotética (PESSOTTI, 1994, 47).

O tema da loucura também é tratado com frequência nas tragédias gregas de Ésquilo, de Sófocles e, principalmente, de Eurípides. Nenhum dos trágicos pretendeu, em sua obra poética, propor uma teoria da loucura, obviamente, entretanto, os personagens loucos das tragédias retratam diferentes formas da loucura, os diálogos discorrem sobre ela e os

“personagens apontam causas ou origens da alienação, relatam delírios, mudanças emocionais, estados de desordem afetiva, episódios de desajustamento social, de descontrole passional”. (PESSOTTI, 1994, p. 23).

É principalmente nas obras de Eurípides que a loucura se psicologiza, tanto na etiologia como nos quadros clínicos, na sintomatologia e nos efeitos sobre as emoções e a vida dos homens. A obra desse filósofo, conforme Pessotti seria

o nascimento da psicologia enquanto concepção do homem como dotado de uma individualidade intelectual e afetiva. Uma individualidade que é a sua própria natureza, pessoal. A influência sofisticada e socrática é óbvia nesta altura. Eurípides descobre e revela o homem natural, a natureza do homem. Contraditória, conflitiva, por vezes patológica (PESSOTTI, 1994, p.46).

Na época clássica, como a loucura não era denominada de doença, o hospício tem uma função eminentemente de 'hospedaria'. Os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia representam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça à lei e à ordem social. O enclausuramento não possui, durante esse período, uma conotação de medicalização, uma natureza patológica (PESSOTTI, 1994). Assim, o que marca a época clássica é o enclausuramento do louco juntamente com todos os outros degenerados sociais, em instituições que não tinham propriedades médicas e que serviam como forma de exclusão. (FERREIRA, 2006).

A concepção mitológica da loucura predominante na época clássica retornará, na Idade Média com “uma roupagem dogmática do conceito de possessão diabólica e reabilitará o sacerdote na função de ‘terapeuta’ da loucura, uma figura do exorcista” (PESSOTTI, 1994, p.57).

### 1.3 - A LOUCURA NO MEDIEVO: LEPROSA, DEMONIZAÇÃO E PUNIÇÃO.

Durante boa parte do período medieval, a representação de loucura estava associada a interpretações metafísicas e cristãs. Atribuía-se à ação demoníaca uma série de comportamentos pouco usuais o que lançou a população hoje concebida como doente pela psiquiatria moderna, dentro de categorias religiosas como a possessão ou a obsessão. No entanto, não se encontram raciocínios que coloquem a possessão como causa da loucura, tomando-a como um quadro específico, antes, toda a sintomatologia é a própria expressão do

diabo, em uma espécie de inversão da leitura mitológica grega, na qual a loucura era um produto da ação sobrenatural sobre a paixão humana. Nesse sentido,

Não se afirma algo como ‘posseço, portanto louco’, mas ‘louco, portanto posseço’, a loucura ganha tons maléficis em si, não havendo a possibilidade de uma leitura positiva deste estado, como ocorria na Antiguidade momento em que ela podia ser concebida como uma situação que visava à reparação de um dano e o alcance de uma condição de equilíbrio. (PESSOTTI, 1994, p.90)

A partir dessas construções mitológicas, Pessotti evidencia que houve um movimento de afirmação do poder ligado ao cristianismo, estabelecendo-se duas linhas evolutivas: primeiras todas as divindades pagãs passam a ser tomadas como demônios; e segundo, todo dissidente do cristianismo passa a ser considerado um adepto ou instrumento do demônio, estando assim legitimada a perseguição e a intolerância religiosa. Nesse sentido,

a identificação da perturbação da razão em sua generalização “loucura” com a posseção demoníaca foi uma interpretação comum na Idade Média, cujas origens remontam aos primórdios do cristianismo, quando a mitologia demonista já se fazia presente, sendo herdada de crenças pagãs preexistentes, com as quais os padres dos primeiros séculos do cristianismo nutriam suas especulações sobre as interferências do demônio na mente das pessoas (PESSOTTI, 1994, p. 92).

Nesse contexto, a pessoa com alguma deficiência ou comportamento aberrante, incluindo neste leque todas as categorias hoje concebidas como doenças mentais, eram vistas como

expiador de culpas alheias, ou um apacador da cólera divina a receber, em lugar da aldeia, a vingança celeste, como um para raios, configurando uma sistemática de intensificação do binômio culpa/castigo (PESSOTTI, 1994, p. 17).

A desautorização do discurso do louco, é retratado por Foucault em *História da Loucura* (1978) a partir de uma pintura de Bosh “O nau dos insensatos”<sup>11</sup>, que faz alegoria a uma prática social comum entre os séculos XV e XVI no ocidente, que era a retirada dos loucos dos centros urbanos para navegar sem rumo e sem tempo de retorno. Seria uma forma de purificar a sociedade da insanidade e possibilitar ao “insano”, através da viagem e das águas do mar, se libertar da “animalidade secreta do ser humano”. O navio dos insensatos

---

<sup>11</sup> Essas naus navegavam pelo rio Reno, recolhendo os acometidos de insanidade, bêbados e vagabundos, os quais eram levados para territórios distantes, pois essas minorias eram consideradas ameaças à segurança e a ordem. Seu recolhimento nas naus tinha por objetivo evitar que esses grupos vagassem pelas cidades (FOUCAULT, 1978).

seria um símbolo da consciência viva do pecado e do mal que a mentalidade medieval e da renascença difundia.

Importante destacar como se delimita o lugar da loucura na história a partir das considerações acerca da relação entre a lepra e a loucura. Foucault (1978) evidencia como a lepra foi representada como um mau contagioso com forte conotação moral - religiosa, que deveria ser segregada da sociedade. Com o tempo, o foco sobre a lepra foi sendo substituído pelas doenças venéreas, as quais passam a ser objeto de interesse das estruturas morais e religiosas da época. Assim, o louco foi enquadrado a partir da noção de “monstro humano” como aquele que se constitui

em sua existência mesma e em sua forma, não apenas uma violação das leis da sociedade, mas uma violação das leis da natureza [...] o monstro é, em si, ininteligível ou dotado de uma inteligibilidade tautológica. Neste contexto, o anormal é, no fundo, um monstro cotidiano, um monstro banalizado (FOUCAULT, 2001, p.69-71).

Durante a Idade Média, a percepção social da loucura, representada pela ética do internamento, não se cruza com a elaboração de conhecimento sobre a loucura. Segundo Pessotti (1994), uma mudança significativa só se daria séculos depois, pois a loucura equiparada à possessão demoníaca, oriunda da doutrina demonológica medieval, sendo causada pela não observância dos ditames dogmáticos da religião, perdurará até o século XVII.

Se o internamento na Idade Clássica é baseado em uma prática de 'proteção' e guarda, como um jardim das espécies, no medievo seria uma forma de purificação dos pecados. Isso é bem diferente do século XVIII que foi marcado pela convergência entre percepção, dedução e conhecimento, ganhando o internamento características médicas e terapêuticas e promovendo a “medicalização” da loucura e uma atitude laica diante da loucura (PESSOTTI, 1994).

#### 1.4 - O CONTEXTO DOS SÉCULOS XVI E XVII E AS ABORDAGENS FUNDAMENTADAS EM ELEMENTOS MECÂNICOS, QUÍMICOS E PNEUMÁTICOS DE EXPLICAÇÃO DA LOUCURA.

Nos séculos XVI e XVII verificam-se mudanças nas teorias que buscam explicações para loucura a partir de tentativas de afastamentos de concepções teológicas, metafísicas ou trágicas. Os tempos de Renascença trazem uma legitimidade para as ciências naturais, biológicas através do pensamento racionalista, onde as ciências como a matemática, física e

mecânica trazem outras formas de entendimentos da natureza e da humanidade. Os estudos sobre saúde estão pautados em bases experienciais e a loucura não fica de fora por ser considerada como algo fora do equilíbrio. Nesse contexto, alguns modelos hegemônicos são baseados nas teorias iatromecânicas, iatroquímicas e pneumáticas. A partir desses paradigmas a loucura é denominada como “um desarranjo mecânico, humoral ou pneumático das funções cerebrais, defendidos pelos iatromecânicos, iatroquímicos e pneumáticos”. (PESSOTTI, 1996, p.31). Esses modelos hegemônicos na medicina do período tiveram influência do pensamento clássico e foram incorporados pelo pensamento médico do século XVIII. A psicopatologia do século XVII termina por concentrar sua atenção preferencialmente sobre processos etiológicos cerebrais (químicos, pneumáticos ou mecânicos), em “prejuízo” dos aspectos sintomáticos (orgânicos e comportamentais) (PESSOTTI, 1999).

Nos séculos XV e XVI a influência do paradigma do médico Claudio Galeno<sup>12</sup>, do período clássico, se faz muito marcante. Nesse período a formação clínica do médico, era predominantemente galenista e se completava, no campo do conhecimento psicológico, com noções da filosofia platônica ou aristotélica (PESSOTTI, 1994). Nesse contexto a teoria da loucura

passa a ser elaborada sob a influência híbrida do organismo pneumático do galenismo e da doutrina sobre as faculdades da alma, ou da mente, razão ou raciocínio, imaginação e memorial, de extração platônica (Pessoti, 1994). Há dois conceitos básicos que marcam a psicopatologia galenista: um deles é o de que não há apenas um tipo de relação possível entre cada humor e cada faculdade da alma; o outro é o conceito de *pneuma*, entendido como sopro, hálito, emanação. Um tipo de substância volátil, como um gás [...] Galeno cria explicitamente três almas mais bem localizadas que as faculdades de Platão: a alma racional mora no cérebro, a irascível reside no coração e a concupiscível situa-se no fígado. (PESSOTTI, 1994, p.69).

Esse hibridismo que reúne o organismo pneumático do galenismo e da doutrina sobre as faculdades da alma/da mente/da razão, denota que a abordagem psicopatologia galenista, insere tanto o conceito de *pneuma*, entendido como sopro, hálito, emanação, remetendo à dimensão de humor e logo, à dimensão da cada faculdade da alma, daí sua associação o modelo pneumático. Tal modelo teórico de explicação da loucura, herdado pelos médicos do século XVIII, nasce da fisiologia de Descartes e de sua doutrina dos espíritos animais, “o

<sup>12</sup>Cláudio Galeno, seus primeiros escritos médicos, em grego, são dessa época de apogeu da carreira médica e de sucesso social (a partir de 168 d.C., aproximadamente). Sua obra versa sobre todos os campos da arte médica. De todos os grandes autores da medicina antiga que escreveram sobre a loucura (chamada mania, melancolia, delírio, desatino, desvario, alucinação ou, propriamente, loucura), o que distingue mais claramente entre a loucura e os delírios devidos a outras afecções é Galeno. Suas idéias a respeito da alma, de clara extração platônica podem ser resumidas como segue. Há três almas. A racional, residente no cérebro, a irascível, sediada no coração, e a concupiscível, localizada no fígado. As doenças do sistema nervoso residem no cérebro (PESSOTTI, 1994).

princípio dos *pneumas* da tradição galenista, no século XVII, é reformulado dentro da fisiologia cartesiana, na qual eles passam a chamar-se espíritos, com significado latino do sopro, hálito, vento, emanação” (PESSOTTI, 1996, p.34).

Em relação ao modelo iatroquímico, ele aparece como atitude científica, no pensamento de Paracelso, “o mais ilustre representante da quimiatría, no século XVI” (BALL; RITTI, 1882, p. 326). Tal abordagem sobre loucura é considerada

a primeira negação da origem sobrenatural (demoníaca ou não) das doenças, incluída a loucura [...] as doenças são, em última análise, alterações dos sais no corpo, tais como o sal sidérico, o enxofre, ou o mercúrio. Variações no estado do mercúrio dentro do corpo produzem as manias, convulsões, letargias ou tremores (PESSOTTI, 1996, p.32).

Existem algumas semelhanças entre esses dois modelos citados anteriormente. As explicações do delírio oferecidas pelos iatroquímicos e pneumáticos coincidem em um ponto essencial que seja, “a loucura é uma doença, que tem causas naturais, implica danos à fisiologia cerebral e, por isso, delírios, irracionalidade e descontrole emocional. E sem deixar lesões na estrutura do cérebro”. (PESSOTTI, 1996, p.39).

O terceiro modelo marcante nesse período foi o iatromecânico que defende que o delírio, essência da loucura,

resulta de um excesso de tensão nas fibras cerebrais que nesse estado, geram idéias e julgamentos pouco conformes à natureza dos objetos. A desrazão, a alucinação, a imaginação descontrolada, sintomas mais visíveis da loucura, são produtos imediatos de tensões exageradas naquelas fibras. O processo é puramente orgânico e em nada depende da natureza afetiva dos objetos, dos estados emocionais ou da história afetiva de quem delira. Mesmo que o delírio possa complicar a vida de relação com o meio físico ou social, ele não tem qualquer conteúdo psicológico (PESSOTTI, 1996, p. 43).

Essa forma de explicação da loucura, a iatromecânica, seria a que mais influenciou a psicopatologia dos séculos seguintes, devido, talvez, a sua concepção puramente materialista e organicista do delírio (PESSOTTI, 1996).

Conforme Pessoti (1996) destaca-se ainda, no século XVII, a obra de William Cullen<sup>13</sup>, responsável por consolidar a “identidade mental da loucura”, a partir de um conceito puramente médico da mente, derivado da filosofia das faculdades do espírito ou mentais. A loucura é o delírio e, o delírio, por sua vez, é

---

<sup>13</sup>“William Cullen Bryant (1794 a 1878) foi um poeta e jornalista americano. Nasceu na região ocidental de Massachusetts, descendente de uma família de puritanos da Nova Inglaterra, exerceu a profissão de advogado em Great Barrington, Massachusetts, por um breve período, antes de atingir a fama literária com a publicação de seu poema mais conhecido, ‘Thanatopsis’, de 1817.” (BIBLIOTECA MUNDIAL DIGITAL, 2018).

essencialmente erro de julgamento. É um falso juízo durante a vigília, produzido por percepções da imaginação ou uma lembrança falsa e que produz geralmente emoções sem relação com o objeto que o acarretou [...] o delírio chama-se loucura quando isento de qualquer afecção febril ou comatosa (PESSOTTI, 1996, p. 52).

O século XVII é marcado pelo racionalismo de René Descartes que predomina como fundamento nas ciências naturais/exatas e médicas. Nesse período destaca-se o médico Félix Plater<sup>14</sup>, o qual começa a considerar o delírio como elemento discriminante. Para ele não há delírio sem loucura, nem loucura sem delírio, “mania e melancolia<sup>15</sup> são tipos diferentes de delírio. Assim, para muitos, encontrarem a explicação do delírio seria achar a explicação da loucura, ou seja, da *insania* ou da *alienatio mentis*”. (PESSOTTI, 1996, p.30).

O critério de classificação de Plater é, a um só tempo, filosófico e psicológico (ou comportamental): a alienação, na acepção genérica, é lesão da mente ou *mens*, que corresponde aos três sentidos internos (faculdades mentais) que podem ser a razão, a imaginação, ou a memória. Assim, o conceito de alienação é muito mais abrangente que o da loucura, na doutrina de Plater. (PESSOTTI, 1999, p. 33).

Pessotti nos chama a atenção para o pioneirismo dessa classificação de Plater, o qual traz o conceito de alienação mental e toda uma terminologia médica inédita, aplicada estritamente à psicopatologia; traz ainda, uma visão mentalista da loucura, que agora não é mais atribuída a humores, a outros agentes orgânicos, ou substâncias materiais. E a presença do delírio como condição *sine quanon* para a existência de loucura (PESSOTTI, 1999).

Outra classificação pioneira, do século XVII, e importante para a história da psicopatologia é a de Zacchias<sup>16</sup>, de 1651. Nela se propõe, pela primeira vez, “a distinção entre *demência e amência*, entendidas como gêneros ou classes diversas de loucura. A demência seria uma perda parcial da razão; a amência, uma perda total”. (PESSOTTI, 1999, p. 34) O século XVII medicaliza e naturaliza a loucura ao mesmo tempo em que a institui como processo mental, como patologia de funções nervosas superiores, em contraposição à explicação mágica (PESSOTTI, 1994).

<sup>14</sup>Félix Plater (1625), médico, criador do conceito mental (*mentis alienatio*) apresenta a primeira classificação médica da *alienatio*, e marca a reconquista do território da loucura, pela medicina, após as desvairadas explicações demonistas, do século XVI (PESSOTTI, 1999).

<sup>15</sup>De forma geral, o século XVII é marcado pela caracterização e divisão da loucura a partir de três espécies que são: mania, melancolia e demência. A mania é uma loucura (delírio) universal, enquanto a melancolia é loucura parcial (se não acompanhada de dispepsia!). A *demência* é fraqueza da razão, de modo a impedir o juízo correto das relações entre os objetos ou a lembrança delas (e/ou deles). Mania, melancolia e demência começam a ser vistas como produto, também, de episódios afetivos ou contingências ambientais ou sociais (PESSOTTI, 1999).

<sup>16</sup>“O médico romano Paolo Zacchia (1584-1659), [...] ficou muito famoso após ter publicado sua principal obra, *Quaestiones medico-legales*, entre 1621 e 1635, assumindo, inclusive, o prestigioso cargo de médico da corte do papa Inocêncio X, a partir de 1644. Além de medicina legal, ele se interessou por doenças psíquicas, gravidez e parto, impotência, contágio, erros profissionais, magia e dietética.” (SILVA, 2006. p. 03).

## 1.5 - OS SÉCULOS XVIII E XIX: CRISE DAS EXPLICAÇÕES METAFÍSICAS/ORGÂNICAS SOBRE DA LOUCURA E EMERGÊNCIA DAS EXPLICAÇÕES MENTALISTAS

Pessotti (1996) evidencia que se estabelecem no século XVII, embates entre dois modelos teóricos, um deles formulado sobre a base da concepção passional psicodinâmica, de antigas raízes e em decadência e outro que começa a germinar a partir de uma nova atitude do médico ante a loucura, ou seja, a atitude clínica. Uma das consequências será que a observação do comportamento do paciente alienado, se transforma em exigência clínica e em atitude essencialmente médica. Desse modo, uma hegemonia secular de um organicismo hipotético/ metafísico dos séculos anteriores entra em crise no século XVIII.

Nessa perspectiva,

Foi no século XVIII que se demoliram as explicações teológicas da loucura e ela foi incorporada ao território da intervenção médica. Mas, uma vez excluída a explicação mitológica ou a concepção demonista, a medicina não dispunha de critérios nosográficos unívocos para definir o que devia designar como loucura, alienação, ou seus equivalentes (PESSOTTI, 1996, p. 29).

Apesar de muitas transformações, algumas categorias básicas ainda são heranças do século V a. C., a exemplo de mania e melancolia, as quais darão lugar a numerosos gêneros e espécies numa proliferação de classificação para uso clínico, numa época em que se consolida o domínio hegemônico da medicina no campo da teoria da loucura. Em outras palavras, as teorias da loucura no final do século XIX refletem o conflito entre um modelo organicista clássico e um modelo médico-biológico, por vezes médico-psicológico. Muitos textos do século XIX denotam, segundo Pessotti, conflitos e ambiguidades das teorias médicas no campo da etiologia e, conseqüentemente, da terapêutica da loucura. Nesse contexto, destaca-se uma arraigada prevenção organicista e busca de comprometimentos de funções orgânicas “como a digestão, a menstruação e outras que passam a integrar os quadros clínicos como presumida evidência de algum processo orgânico primário responsável por tais disfunções” (PESSOTTI, 1994, p. 201)

Alternam-se assim, tendências opostas na área da classificação das formas da loucura. Basicamente dividem-se em duas linhas de pensamento:

uma mentalista, para qual a loucura se deve a processos mentais, com ou sem manifestações orgânicas resultantes; outra marcada por um organicismo

que explica a loucura, ora apegando-se aos dados da anatomia patológica, ora postulando processos orgânicos até metafísicos (PESSOTTI, 1999, p. 07).

O embate dessas tendências ocorre no campo científico, pois o campo da loucura se torna exclusivo da medicina. Assim, surgem várias classificações que proclamam seguir um critério nosológico e a loucura passa a ser uma doença, não cabe classificar suas formas com algum critério filosófico ou psicológico, pois, enquanto

noso, doença, ela deve ser entendida como qualquer outra doença. E nessa condição, deve ser descrita, e classificada, segundo os padrões clínicos, isto é, suas causas clinicamente acertadas (etiologia), segundo seus efeitos típicos sobre as funções orgânicas e o comportamento do paciente (sintomas) e segundo sua evolução clínica típica marcha (PESSOTTI, 1999, p. 08).

O trecho acima denota que ocorre a produção de uma percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento, Tal passagem tem no dispositivo de medicalização e terapeutização a marca histórica de constituição da prática médica psiquiátrica. Foi no modelo manicomial psiquiátrico, fundado no final do século XVIII na Europa pelo médico Philippe Pinel<sup>17</sup>, que o fundamento do isolamento e conhecimento foi aplicado. Isso produziu um efeito de retirar o louco da cidade, do trabalho, do lazer, da família, da cultura, da vida social. Mas porque Pinel é considerado por muitos como um revolucionário nas teorias e terapêuticas em torno da loucura? Vejamos a seguir algumas considerações.

#### 1.5.1 - A medicina de Pinel e a passagem da loucura para a alienação mental.

A publicação de “*O Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*”, ou “*Traité Médico-Philosophique*” de Philippe Pinel, em 1801 (republicado em 1809), inaugura, segundo Pessoti (1994), a psiquiatria como especialidade médica. Em outra obra “*O século dos manicômios*” (1996), esse mesmo autor considera que, no plano estritamente teórico, tal obra clássica marca um tempo novo na psicopatologia, visto que a mesma trouxe duas inovações importante tais como: a classificação nosográfica da alienação e a revalorização das paixões como fatores da loucura. O princípio basilar de *Traité* consiste, portanto, em um

<sup>17</sup>O médico, filósofo, matemático e enciclopedista Philippe Pinel é considerado um dos fundadores da clínica médica, com ele a loucura passa a receber definitivamente o estatuto teórico de alienação mental, o que imprimirá profundas alterações no modo como a sociedade passará a pensar e a lidar com a loucura. Inaugura o primeiro asilo de alienados mentais em 1793, onde opera os primeiros momentos dessa modificação, decretando desacorrentar os alienados e inscrevendo suas alienações na nosografia médica. Esquadrinha o Hospital Geral e nele reserva um primeiro espaço rigorosamente médico para os alienados e, assim, fez nascer um novo ramo da medicina: a medicina mental ou alienismo. Esquadrinha o Hospital Geral e nele reserva um primeiro espaço rigorosamente médico para os alienados.

“estudo preliminar e aprofundado das diversas lesões do intelecto e da vontade, que se manifestaram no exterior com mudanças no comportamento, na gestualidade, no modo de falar e com inequívocos distúrbios físicos” (PESSOTTI, 1994, p.146).

Além dessa obra acima referida e de grande repercussão no âmbito das ciências médicas, Pinel ainda publica outras obras também importantes para o debate sobre patologias mentais, a exemplo de “*Classificação Filosófica das Doenças ou Método de Análise aplicado à Medicina*” (1798) e “*Alienação Mental*” em 1801, (GONÇALVES, 2010). Com isso, o século XIX teria sido à época de maior florescimento da teoria e da terapêutica<sup>18</sup> da loucura, a partir da contribuição de Pinel, o qual teria provocado uma verdadeira revolução teórica e terapêutica, tornando obsoletas as abordagens mágicas, metafísicas e orgânicas dos séculos anteriores (PESSOTTI, 2006). Pinel, juntamente com seu discípulo, Esquirol<sup>19</sup>, apresentam uma nova concepção sobre a natureza e a causa da loucura.

Quanto à natureza, ela é, essencialmente, um desarranjo duradouro do discurso e dos atos, que não se ajusta à realidade circunstante, mas corresponde a ideias erradas sobre os eventos físicos ou sociais. Assim, a causa da loucura já não deve ser buscada em alguma presumida lesão estrutural ou funcional do encéfalo, mas na experiência do real (PESSOTTI, 2006, p. 113).

A partir da concepção de loucura acima descrita, Pinel se contrapõe

a origem passional da alienação, defendendo que a essência dela é o desarranjo de funções mentais e que as doenças mentais eram ocasionadas por tensões sociais e psicológicas excessivas de causa hereditária, ou como consequência de acidentes físicos, ou seja, a loucura é entendida “como 'alienação', como o estado de contradição da razão, portanto, como o estado de privação de liberdade, de perda do livre-arbítrio. Se alguém é alienado, isto é, se não se lhe pertence, não há razão, não há liberdade” (AMARANTE, 1996, p. 44)

Essa abordagem destoava da atitude vigente até o final do século XVIII e rompia com uma hegemonia secular de um organicismo hipotético ou até metafísico dos séculos XVI e XVII. O autor acima referido, também aponta a importância da obra Pinel nas transformações

<sup>18</sup>PESSOTTI, Isaias. Sobre a teoria da loucura no século XX. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 113-123, dez. 2006. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2006000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 12 jul. 2021.

<sup>19</sup>“Jean-Etienne Dominique Esquirol nasceu em 1772 na cidade de Toulouse e morreu em Paris em 1840. Foi nomeado médico da Salpêtrière em 1811 e sua vida profissional é destacada pelo empenho em construir e organizar muitos asilos. Era discípulo de Pinel e conhecido pela dedicação em continuar a obra do mestre. e amigos uma das causas da loucura, elogiada e copiada por vários países.” (BRASIL. Ministério da Saúde. [online]).

sobre as teorias e as práticas terapêuticas em relação à loucura e esse papel não são restritos ao campo da psiquiatria, pois ele seria

a um só tempo, um construtor teórico e prático. Reúne e dá corpo aos saberes médicos e filosóficos que vinham sendo produzidos sobre a loucura, ao mesmo tempo em que opera transformações práticas no lidar social e institucional com a mesma. Assim ele levanta “a possibilidade de cura da loucura, por meio do tratamento moral, ao entender que a alienação é produto de um distúrbio da paixão, no interior da própria razão, e não a sua alteridade” (AMARANTE, 1996, p. 42).

Esse é o método do conhecimento, da Clínica, que opera a passagem da loucura para a alienação mental (AMARANTE, 1996), pondo em questionamento a “essência orgânica da patologia mental” de modo sistemático. A loucura, até então objeto da filosofia que, em resumo, tratava das questões da alma, das paixões e da moral, passa, com Pinel, a ser objeto também da medicina.

Amarante também reforça que Pinel funda a tradição da clínica como orientação consciente e sistemática, onde “os hábitos bizarros, as atitudes estranhas, os gestos e olhares são registrados e comparados com o que está perto, com o que é semelhante ou diferente” (1996, p. 41). A loucura é colocada em um lugar da ciência que, acredita-se, não é contaminado pelas influências da cultura, da economia e da sociedade e o alienista, valendo-se de sua percepção social, determina o que é normal e o que é patológico.

Mas qual seria a natureza ou a essência da loucura, segundo Pinel? A loucura é entendida como comprometimento ou lesão fundamental do intelecto e da vontade, e se manifesta no comportamento do paciente, nos sintomas, sob as mais variadas formas (PESSOTTI, 1994). As grandes formas clássicas da loucura, mania, melancolia demência e idiotia, ainda que redefinidas quanto à natureza e à etiologia, são consideradas em bloco, por Pinel, sob designação genérica de “alienação mental”, expressão que muitas vezes é substituída por ele pelo termo “loucura” (PESSOTTI, 1994).

As primeiras características da alienação, descritas na obra *Traité* de Pinel, acima citada, são as “lesões da sensibilidade física”, consideradas as principais alterações típicas de quem

está doente e se evidenciam nos casos de mania: a sensação de fraqueza, de alguma dor, que varia segundo as várias patologias [...]. Mas a loucura apresenta-se caracterizada também por alterações em outras funções. Entre essas, há as alterações na “percepção dos objetos externos”. Sob esse nome Pinel enumera variadas alterações comportamentais. Ele refere características peculiares do olhar e das expressões faciais nos maníacos e aponta as transformações no olhar e nas palavras do paciente quando avizinha um acesso de furor maníaco [...] O comprometimento das funções

mentais, essência da loucura, pode manifestar-se também por distúrbios da imaginação [...] os distúrbios imaginativos são alucinações, visões religiosas, delírios paranóicos e até impulsos de grande criatividade”. A loucura seria “lesão do sistema nervoso, particularmente do cérebro. As condições afetivas ou sociais são admitidas, ao lado das afecções ou traumas orgânicos, como causas possíveis (PESSOTTI, 1994, p.152).

Nessa perspectiva, a especificidade da abordagem médico-clínica de Pinel situa-se ou trata

De uma área de conhecimento que aspira tomar parte da medicina, abordando unicamente certo tipo de doença para as quais a medicina apenas tangencialmente se voltava, construindo uma síntese própria para classificar e tratar a alienação e organizar os meios de assistência constitui-se, assim, numa 'medicina especial', que se configura como a primeira especialidade médica. A loucura, até então objeto da filosofia que, em resumo, tratava das questões da alma, das paixões e da moral, passa, com Pinel, a ser objeto também da medicina. Em outras palavras, um determinado aspecto da ética e da moral deixa de ser objeto exclusivo da filosofia (ou do senso comum, por sua evidente desqualificação), para pertencer também ao campo da medicina. Essa é a operação básica instruída por Pinel, a qual possibilita a inscrição da loucura, dos desvios da paixão e da moral no conceito de doença (AMARANTE, 1996, p. 42)

O tratamento moral por sua vez, visa uma reeducação moral que buscava corrigir o distúrbio das paixões, o alienista se torna o “mestre da loucura” capaz de submeter o delírio e a vontade desarrazoada do louco à sua vontade reta para o retorno à razão (FOUCAULT, 1997). O hospício passa a ser o lugar do processo pedagógico-disciplinar que tem o objetivo de fazer recobrar a razão e chegar à cura (AMARANTE; TORRE, 2018). Com Pinel, a psiquiatria passa a ser, de um lado, a correção de hábitos, via correção das ideias; de outro, “a reeducação afetiva, isto é, o controle (até pedagógico) das paixões. São estas as funções do tratamento moral, que é, com todas as letras, um método de modificação do comportamento” (PESSOTTI, 2006, p. 113).

Ao inaugurar o primeiro asilo de alienados mentais em 1793, Pinel, conforme Amarante e Torre no artigo “*De volta à cidade, Sr. cidadão! - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial*”, “fez nascer um novo ramo da medicina: a medicina mental ou alienismo. O ‘isolamento terapêutico’ foi um dos princípios da tecnologia pineliana” (2018, p. 1091). Assim, buscava a cura da alienação mental, decorrendo daí a ideia de que a loucura tem como lugar privilegiado o hospício, tendo a reclusão um papel de proteção ao indivíduo louco e à sociedade. Um duplo processo de isolamento toma corpo com o desenvolvimento dos saberes da medicina mental (que se desdobram na clínica psiquiátrica) e das instituições manicomiais: “isolar para

conhecer” e “isolar para tratar”. Fazia-se necessário conhecer a loucura a partir da observação. Descrever e classificar o que se chama às vistas do alienista como sendo estranho ao padrão moral.

A doutrina de Pinel é moralista, pedagógica e estruturada sobre uma tecnologia de saber e intervenção e, logo, se articula perfeitamente ao projeto disciplinar da modernidade. Nesse projeto disciplinar, o manicômio se torna não só parte essencial do tratamento, mas um dispositivo de disciplinarização e correção do indivíduo diagnosticado como alienado, como doente mental. O asilo onde se enclausura ou se abriga o louco, será um “instrumento de cura”, conforme o definiu Esquirol (PESSOTTI, 1996). A criação de instituições destinadas exclusivamente aos loucos, não com o objetivo de libertá-los, mas sim de especificar seu espaço de reclusão, de afastá-los como perigo. Esse novo modelo de reclusão que atinge o louco resulta em um novo estatuto da loucura que prepara a “revolução psiquiátrica” do século XIX (MACHADO, 1982).

A institucionalização da loucura fomentada pelas novas teorias e terapias, em especial, inspiradas em Pinel, torna-se regra geral e um princípio universal, e o isolamento se torna pré-condição para a busca da cura da alienação mental. Desse modo,

O conceito de “isolamento terapêutico” se constitui com base em dois pontos fundamentais: o primeiro, o princípio do hospital como lugar de exame, no sentido de “isolar para conhecer” - o isolamento é condição para a investigação e explicação das causas e tipos de alienação mental. Trata-se inclusive da busca pela classificação como fundamento para explicação dos fenômenos; a linguagem nosográfica e classificatória, tanto na botânica quanto no alienismo, seria um dos fundamentos do método. Em segundo lugar, é preciso “isolar para tratar”, na medida em que a instituição afasta as influências maléficas, morbíferas, que causam e agravam a alienação - portanto a instituição asilar é instrumento de cura (AMARANTE; TORRE, 2018, p. 1093).

Estava assim, legitimada a implantação dos manicômios psiquiátricos a partir dessa concepção da loucura como alienação mental, fundamentados nas intenções de cura/correção, apresentando muitas diferenças em relação a outros contextos históricos. A seguir vamos discorrer sobre a institucionalização dos manicômios.

## 1.6 - A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS MANICÔMIOS E OS TRATAMENTOS DE “CHOQUE” PARA AS DOENÇAS MENTAIS

Devido à exacerbação do racionalismo científico que o caracterizou o século XVII, a loucura é configurada no cerne do indivíduo como perda da razão, da vontade, do livre-

arbítrio e como desajuste da moral (lesão do intelecto e da vontade), cuja cura deveria ser a estabilização do acometido num tipo social e moralmente aceito. Assim surgem os grandes asilos (FOUCAULT, 1978), instituições concebidas para recolher, alojar, isolar, alimentar e abrigar os loucos, os pobres, os criminosos e todos os que não se adequassem às normas sociais, sendo não raro castigados fisicamente com o intuito de se comportarem bem através da aplicação do “tratamento moral”, uma série de dispositivos de punição e recompensa que visava à reeducação do asilado. O manicômio é menos que recurso terapêutico e mais um instrumento de segregação social (RAMMINGER, 2002).

As instituições psiquiátricas modernas, o saber médico legitimado e os discursos e intervenções institucionais/médicas sobre a loucura e o louco foi objeto de historicização e desnaturalização de Michel Foucault. De acordo com o autor (1997), nos séculos XVII e XVIII, a incapacidade do trabalho levava os loucos, juntamente com os idosos, mendigos e demais excluídos da sociedade a lugares como leprosários. No final do século XVIII, o internamento começa a ganhar características médicas e terapêuticas. É no século XIX, que o fenômeno da loucura ganha um olhar científico, se teria a passagem da internação forçada para repressão para a internação clínica para recuperação e correção dos improdutivos. A loucura deixava se der “desatino” para ser considerada incapacidade e improdutividade. É o mundo correcional que traz remédios e terapias corretivas e utilitárias.

Antes do século XIX o asilo tinha por função não o tratamento, mas a tarefa de promover a limpeza social dos indesejáveis, um verdadeiro depósito de isolamento e exclusão visando à segregação social e não a cura (o louco foi igualado ao miserável e ao criminoso, que só causavam transtornos à cidade), característica que só mudaria com Pinel que concebeu a loucura como um problema médico-social, ainda que ligado à moral.

E justamente neste conjunto simbólico que a prática e saber psiquiátricos tornam-se visíveis no lócus manicomial. O manicômio<sup>20</sup> concretiza a metáfora da exclusão, que a modernidade produz na relação com a diferença. O primeiro asilo<sup>21</sup>, Salpêtrière<sup>22</sup>, destinado

---

<sup>20</sup>“Na literatura psicopatológica do século XIX o termo *asile* é muito frequentemente usado nos textos franceses, significando genericamente qualquer estabelecimento em que se internavam loucos, com ou sem a companhia de outros doentes [...] o nome *manicômio* designa mais especialmente o hospital psiquiátrico [...] os manicômios já existiam antes do século XIX, embora sua função hospitalar ou médica fosse, então, reduzida a bem pouco, visto que a figura do médico especialista em tratar loucos, o alienista ou o freniatra, surgiria apenas no século XIX” (PESSOTTI, 1996, p. 151-152).

<sup>21</sup>A expressão manicômio, em substituição a hospital psiquiátrico, tem sido utilizada mais especificamente desde 1987, como uma estratégia do MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental) no sentido de reforçar o caráter asilar, segregante, violento, tutelar e médico-jurídico de todas as instituições desta ordem. Conceitualmente, pois, para o MTSM, não há distinção entre hospital psiquiátrico, clínica psiquiátrica, asilo, manicômio ou hospício (AMARANTE, 1996).

<sup>22</sup>*La Salpêtrière* é hoje uma dependência do Hospital Geral de Paris [...] Veteranos sem lar eram albergados no Hôtel des Invalides (1670) e toda categoria de mendigos no Hôpital Général (1657), o qual era constituído de

exclusivamente aos alienados foi inaugurado por Pinel (AMARANTE, 1996). Se estendendo posteriormente à Salpêtrière, e isso possibilitou a observação sistemática da loucura pelo saber médico, desse modo nasce a clínica psiquiátrica.

Na obra “*Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*” de Saraceno (2001), a adoção do modelo manicomial baseou-se filosoficamente no alienismo, defendido pela Revolução Francesa e durante muito tempo, a base do tratamento psiquiátrico nos países ocidentais foi baseada na internação por tempo indeterminado em manicômios, os quais devem ou deveriam ser, conforme Saraceno (2001), espaços de cura pela razão e de não julgamento social, que permitissem ao indivíduo exercer sua liberdade, tornando-se novamente sujeito de direito.

Os saberes científicos fundamentados em princípios alienistas foram adotados na maior parte do mundo ocidental e assim, o asilo psiquiátrico tornou-se imperativo para todos aqueles considerados loucos, despossuídos da razão, delirantes e alucinados. O asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e o mais violento espaço da exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades, delirantes e a atos inconvenientes (AMARANTE, 1995). O manicômio abrigada uma ampla variedade de sujeitos, inclusive por razões diversas da perturbação mental e na caracterização de loucura há a identificação do “louco” como sendo aquele que apresenta comportamentos bizarros, comportamentos inesperados ou instabilidade dos comportamentos; a agressividade, a falta de controle, falta de lógica e irregularidade nos discursos, delírio. Entre os comportamentos recorrentes chama a atenção à nudez, o fumo e o emprego de palavreado escatológico (GONÇALVES, 2010).

Essas internações por tempo determinado em lugares reservados à loucura são experiências que a representação da loucura como doença. Nessa perspectiva Foucault nos informa que os locais especializados em tratar especificamente os alienados, os loucos, proliferaram no século XIX, com duas características básicas: estratégia médica e precaução social. Ao médico alienista, o psiquiatra, foi dado o poder para afirmar a verdade sobre a doença, visto que detinha um saber sobre a mesma, e, em consequência, um total poder sobre o dito "doente". Assim, o médico adquiriu status diferenciado entre os demais encarregados dos loucos nos hospícios, como detentor do saber sobre a loucura, que só ele dominava e apaziguava (FOUCAULT, 1997).

---

três unidades: Bicêtre para os homens, La Pitié para jovens, e La Salpêtrière para mulheres. O nome desse hospital vem do fato de ter sido construído no local de uma antiga fábrica de pólvora, [...] o hospital foi primitivamente um albergue e orfanato, criado por édito real de 1656, para os mendigos da cidade, com o fim de por termo à mendicância e vagabundagem, origem de todas as desordens e crimes que ocorriam em Paris e seus arredores. (COBRA, Rubem Queiroz - *NOTAS: Vultos e episódios da Época Contemporânea*. [on-line]. Disponível em: <www.cobra.pages.nom.br>. Brasília, 1997.)

O que nos afirma Foucault na citação acima é que a criação de instituições especializadas para tratamento do louco e da loucura, a exemplo dos manicômios psiquiátricos, está diretamente relacionada com interesses do governo e da ciência médica em isolar, enclausurar e disciplinar os corpos dos sujeitos que saiam dos padrões da sociedade da época. Ao internar esses sujeitos em instituições disciplinares se praticava uma dupla estratégia: proteger a sociedade dos loucos e ter acesso e poder sobre esses corpos para a pesquisa e a clínica médica. Em outras palavras, seria o biopoder em ação, um dispositivo a serviço do governo e da ciência predominante na sociedade contemporânea. Governar para dar mais docilidade e utilidade aos indivíduos, essa era a estratégia.

Os corpos prisioneiros nessas instituições não tinham livre arbítrio e eram considerados incapazes pelo fato de não serem guiados pela razão, ou seja, “o domínio da razão sobre a desrazão, situando a razão como norma, e levando a loucura ao exílio” (SANDER, 2010, p. 383). Assim o louco será exilado de si mesmo e terá seu corpo tutelado pela psiquiatria.

Verificam-se historicamente diferentes funções para os asilos ou hospitais. A função mais antiga é a de recolher os loucos, juntamente com outras minorias, isolando-os em edifícios antigos mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos (Rammingier, 2002). Em seguida, surgiram as instituições hospitalares com objetivo de realizar tratamento médico, porém os funcionários responsáveis não tinham formação médica, muitas vezes eram religiosos.

Ao fazer uma análise da trajetória da prática social do internamento, Castel na obra “*A Ordem Psiquiátrica*” (1978), informa que no período anterior ao século XVIII, como território das exigências de política social e moralidade pública, o complexo hospitalar atualiza-se num misto de casa de correção, caridade e hospedaria, espaço de populações heterogêneas. Enquanto hospital geral, a norma médica não se encontra instalada, imperam apenas as marcas de um imaginário de depositário dos inadaptados ao convívio social, ou seja, “o hospital geral não é, em sua origem, uma instituição médica, mas se ocupa de uma ordem social de exclusão/assistência/filantropia para os desafortunados e abandonados pela sorte divina e material” (AMARANTE, 1998, p. 25). É somente a partir do século XIX que surgem as instituições que acolhiam apenas doentes mentais, oferecendo tratamento médico especializado e sistemático, ou seja, há a institucionalização dos manicômios psiquiátricos.

Segundo Amarante e Torre (2018), o nascimento da psiquiatria e do manicômio ocorre de forma simultânea na modernidade e foi por meio do princípio do “isolamento terapêutico” e do modelo das instituições asilares, que se produziu um processo de institucionalização do

louco e de constituição da noção de “doença mental” como verdade sobre a loucura. E, conseqüentemente, foi produzida uma concepção e uma visão social da loucura como erro, incapacidade, inferioridade e periculosidade, o que retirou a loucura da cidade e o louco do horizonte do convívio social, excluindo as pessoas em sofrimento mental do direito ao trabalho, ao lazer, à cultura, e aos espaços de representação social e política, portanto, da participação no pacto social.

Antes da instituição do manicômio psiquiátrico, ocorreu o que se denomina de “O Grande Enclausuramento” e conforme Machado (1982) esse fenômeno não é correlativo do hospital moderno, medicalizado e governado pelo médico, visto que, as condições de emergência de um saber e instituição médicos relacionam-se às condições econômicas, políticas e sociais que a modernidade inaugura, “o trabalho como moeda simbólica ressignifica a pobreza: retira-a do campo mítico, no qual é valorizada, e inaugura-a enquanto negatividade, desordem moral e obstáculo à nova ordem social” (AMARANTE, 1995, p. 24). Em outras palavras, a correção se dava pela ética do trabalho, antídoto contra a pobreza.

A inauguração dessas práticas centradas no baluarte asilar, estruturando uma relação entre medicina e hospitalização, fundada na tecnologia hospitalar e em um poder institucional com um novo mandato social que é o de assistência e tutela, nada mais é do que um processo de exclusão e segregação social. O louco se torna então, um sujeito sem autonomia, liberdade e cidadania, pois a sua “prisão” no manicômio,

através do isolamento terapêutico, permite a possibilidade da cura e do conhecimento da loucura a um só tempo. O isolamento é ao mesmo tempo um ato terapêutico (tratamento moral e cura), epistemológico (ato de conhecimento) e social (louco perigoso, sujeito irracional). [...] O conceito de “alienação mental” produz um lugar social para o louco, excluído do pacto social, o lugar do sujeito da desrazão ou da ausência de sujeito - ausência do sujeito racional e responsável cívica e legalmente - um sujeito delirante sem cidadania que deixa de ser um ator social para tornar-se objeto do alienismo (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 75).

Em sua obra “*Manicômios, prisões e conventos*” (1961), Erving Goffman já denunciava e combatia o caráter totalizante das instituições manicomiais, comparando o internamente submetido aos loucos à condição de prisioneiros, tal qual os “delinquentes” e criminosos das prisões modernas. Para o autor uma “Instituição Total” pode ser

definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerado espaço de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1996, p.11)

Esse modelo institucional pautado no seu fechamento e de caráter totalizante torna-se visível na “sua barreira à relação social com o mundo externo e por proibições a saídas que muitas vezes está incluídas no esquema físico” (GOFFMAN, 1996, p.16), o que vai provocar a burocratização desse espaço e das relações. A importância da disciplina burocrática na constituição funcional das instituições totais é vital, pois existe “o controle de muitas necessidades humanas pela organização burocrática de grupos completos de pessoas – seja ou não uma necessidade ou meio eficiente de organização social nas circunstâncias – é o fato básico das instituições totais” (GOFFMAN, 1996, p.18). Além disso, evidencia como fundamental para sua funcionalidade, o caráter de vigilância, disciplina e mecanismos de controle nessas instituições. A intenção é

fazer com que todos façam o que foi claramente indicado como exigido, sob condições de que a infração de uma pessoa tende a salientar-se diante da obediência visível e constantemente examinada dos outros. Além da vigilância, são considerados como importantes mecanismos disciplinadores a punição/recompensa e o exame [...], sendo este último verificado sob a forma de registro documental e escrito (GOFFMAN, 1996, p.18).

O principal problema relacionado à disciplina empregada nas instituições totais é denominado por Goffman como a "mortificação do eu", que corresponde à contínua “mutilação da identidade do indivíduo” quando este se depara com a homogeneização subjacente aos mecanismos disciplinares, seja pelo fato de o sistema institucional submeter o interno a diversos procedimentos que deterioram a identificação do sujeito com seus antigos papéis social; seja pela transformação do interno em objeto – dada especialmente pela perda das posses relativas à identidade, como o nome e as roupas. Ambas se processam em razão do princípio da impessoalidade, premissa da lógica de burocratização.

O processo de “mortificação do eu”, vivenciado pelo interno, segundo Goffman é cruel e degradante, visto que

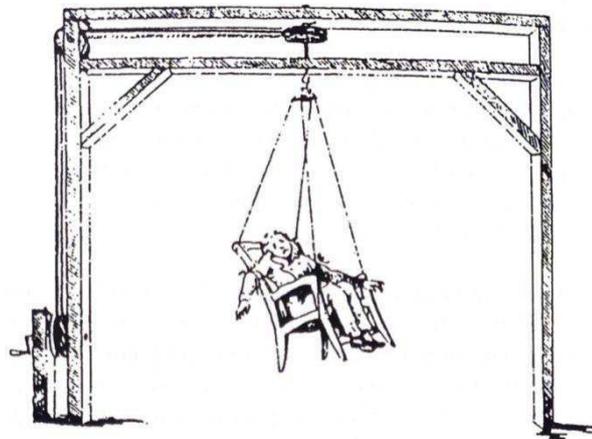
O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do seu eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças em sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele (GOFFMAN, 1996, p.24).

Esse fenômeno de “apagamento do eu” é vivido de forma muito ampla, ou seja, vai desde as questões de sua visão sobre si, a posse de seu corpo e de sua autonomia e escolhas individuais. Seus desejos e sentimentos são considerados irrelevantes. A punição se dar no nível de busca de correção mental, dos desejos, dos instintos, da alma delirante e de forma mais evidentes na dimensão corpórea, física, materializada em práticas e tratamentos de choques os mais variados. A instituição manicomial dispositivo de cura legitima cientificamente uma série de tratamentos e terapias para a loucura e/ou para as doenças mentais. Apresentaremos os mais predominantes no item seguinte.

#### 1.6.1 - Sobre “tratamentos de choque” e terapêuticas médicas para a loucura no âmbito dos manicômios

O manicômio não é mais um só “instrumento de cura”, configura-se, também, um *locus*, um lugar onde o louco está á mão, para submeter-se aos diversos “tratamentos físicos”. Tais tratamentos são estabelecidos por médicos e foram criados muitos equipamentos que são experimentados nos manicômios. Paradoxalmente, a medicina da loucura ou “medicina do espírito”, como era chamada no século XVIII, empregou instrumentos claramente “mágicos”. Ainda na metade do século XVIII, o tratamento dos loucos incluía exorcismos e encantamentos executados por religiosos para expulsar os espíritos malignos, pois seriam estes que levavam suas vítimas a pensamentos delirantes e a atos inconvenientes (PESSOTI, 1996). Foram instituídas várias formas de tratamento, terapias a partir de medicamentos e de equipamentos. Vejamos alguns deles, considerados bizarros hoje pela ciência médica.

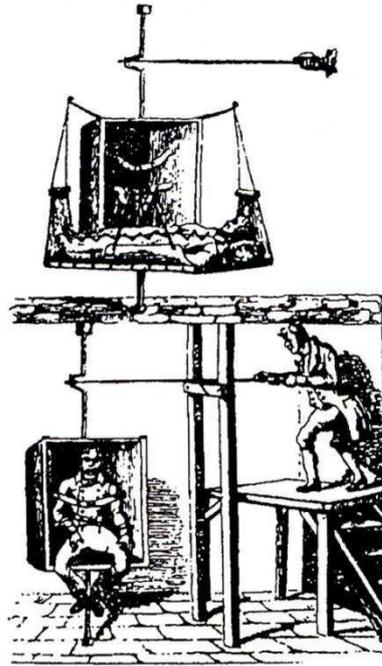
Figura 1 – *Swing* ou balanço



Fonte: Pessoti (1996, p. 218).

Um equipamento muito difundido no século XIX nos manicômios da Inglaterra e da França foi o *swing* ou balanço (Figura 1), que foi inventado por Erasmus Darwin para tratar vários tipos de loucura e foi aperfeiçoado mais tarde, por Morison em 1828. Adaptado por Cox e por Halaran para fazer girar o paciente em outras posições, (PESSOTTI, 1996).

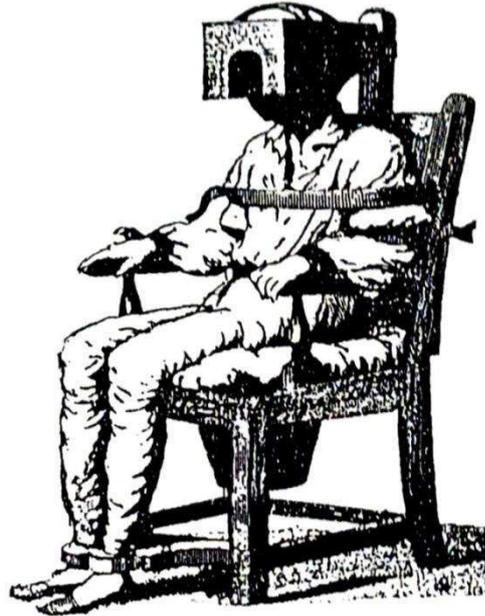
Figura 2 – Máquina rotatória.



Fonte: Pessoti (1996, p. 233).

A “máquina rotatória” de Halaran (Figura 2), de 1818 foi muito utilizada para o tratamento da “mania”. Tal equipamento permitia fazer girar o paciente em duas posições: sentado dentro da caixa ou deitado (amarrado a uma maca acoplada á caixa). Eventualmente a máquina permitia a rotação de pacientes ao mesmo tempo, um sentado e outro deitado. A velocidade de rotação era de cem giros por minuto (PESSOTTI, 1996).

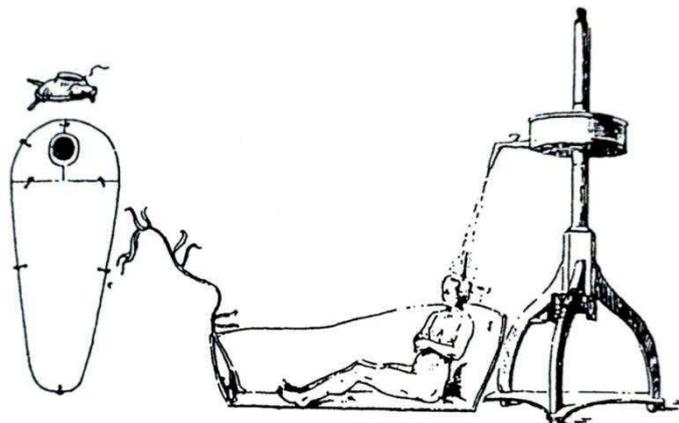
Figura 3 – Tranquilizer



Fonte: Pessoti (1996, p. 236).

O famoso *tranquillizer* (Figura 3), apresentado por Benjamin Rush, em 1811, era considerado um instrumento muito eficaz para acalmar “maníacos”. O paciente era imobilizado pelos pés, cintura, peito, braços e cabeça. Uma caixa de madeira vedava qualquer visão ou qualquer movimento da cabeça. O paciente, assim imobilizado, ficava trancado numa sala escura e sem qualquer som, por muitas horas (PESSOTTI, 1996).

Figura 4 – Ducha

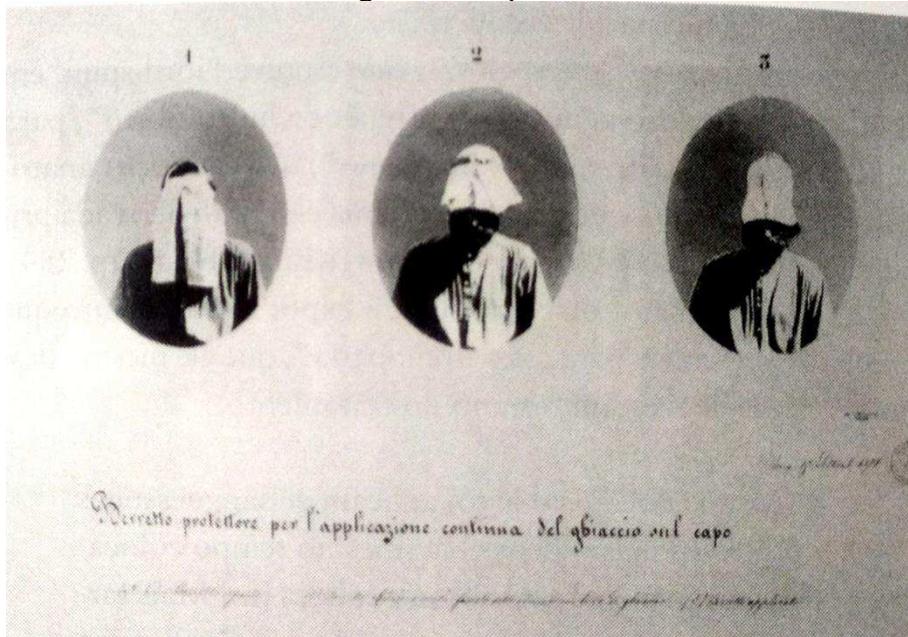


Fonte: Pessoti (1996, p. 261).

O Esquema de equipamento para irrigação contínua da cabeça do paciente, com água fria, conhecido também como “ducha”, foi defendido por Morison, em 1828, como

apropriado para facilitar a reprodução do equipamento por outros alienistas (PESSOTTI, 1996).

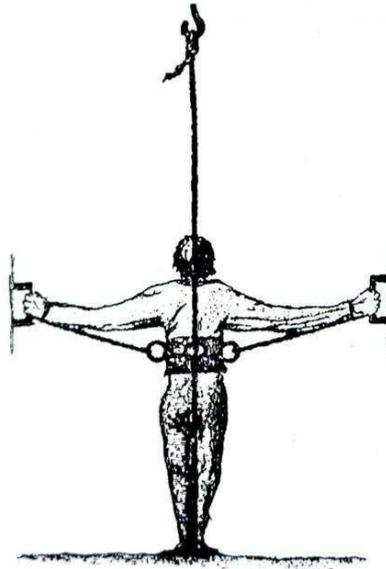
Figura 5 – Capacete



Fonte: Pessoti (1996, p. 282).

Em 1884, o dispositivo do Capacete (Figura 5) era usado no manicômio de Roma e em muitos outros manicômios para aplicação contínua de gelo à cabeça do paciente. [A fotografia mostra o modo de aplicação: 1. capacete aberto; 2. Capacete fechado na metade, fixado sob o queixo e com saco de gelo; 3. capacete aplicado.] Era um tratamento muito usado para muitas variedades de loucura, mas especialmente para o tratamento de delírio agudo descrito por Fiordispini (PESSOTTI, 1996).

Figura 6 – Crucifixão



Fonte: Pessoti (1996, p. 111).

Outro instrumento utilizado para conter loucos furiosos, impedindo-os que se arremessem contra os outros, contra as paredes ou contra o solo e que foi muito difundido nos manicômios italianos, tinha o nome de “crucifixão” (PESSOTTI, 1996).

Como remédio mais natural empregou-se com mais frequência sangue retirado do pescoço ou das orelhas de jumentos. Outros tratamentos médicos em uso desde o século XVII e que se empregaram com a abundância durante quase todo o século XVIII. Já no século XVIII se utilizou muito os purgantes, vomitórios e sangrias, administrados sistematicamente. Também se valeram de modo generalizado, do recurso a banhos e duchas frias (PESSOTTI, 1996).

Venturini apresenta em sua obra “*Saúde Mental e Direito: A contenção em psiquiatria*” (2016), diversas modalidades coercitivas de contenção aplicadas no tratamento no espaço manicomial, vejamos abaixo:

A mais conhecida é a camisa de força, que torna impossível os movimentos dos braços, e que, por antonomásia, representa o instrumento mais habitualmente escolhido para os pacientes psiquiátricos furiosos. Outro sistema de contenção é a cela de isolamento (cela forte): um quarto sem móveis, onde o paciente é aprisionado, às vezes, durante semana ou meses. Também existe a contenção forçada no leito, através de robustos laços de tecido em todos os quatro membros; muitas vezes o leito está fixo no piso. Nesses casos há um buraco por meio do qual o paciente defeca diretamente no pavimento. Em alguns contextos, existem alguns leitos-gaiola delimitados por uma grade particularmente robusta. Para imobilizar o paciente, usam-se várias metodologias. Uma das mais usadas é a ‘*strozzina*’, que consiste em

se fazer pressão, com tecido embebido de água, sobre o rosto do sujeito, até ele perder a consciência [...] entre as terapias de natureza física e os tratamentos educacionais (banhos frios, drenagem de sangue e purgantes) que, por muito tempo, têm caracterizado os tratamentos psiquiátricos (VENTURINI, 2016, p.25-26).

Ainda de acordo com Venturini (2016), no século XVIII, era utilizada a dor, através de queimaduras com soda cáustica nos genitais e no crânio do paciente, acreditando-se e justificando-se que as dores sentidas ocupavam a mente do louco e impediria pensamentos raivosos. Além disso, provocava-se o vômito (através de vários tipos de purgas desgostosos), pensando-se que no processo de duração da náusea, as alucinações teriam sido eliminadas. Assim, “até o sujeito mais furioso, -constatava-se – deste modo se tornava tranquilo”. Outro modo de terapia era a sangria, que se baseava na ideia de que os danos cerebrais, causados pela “excessiva imaginação” ou pela masturbação, provocavam um movimento irregular da vascularização cerebral, causando a loucura. Bordoadas, chicotadas e bofetadas eram utilizadas frequentemente na grande maioria dos manicômios, até depois da reforma de Pinel (PESSOTTI, 1996).

A partir do século XVIII, passou a ser empregado o método do afogamento:

o paciente era colocado dentro de uma caixa furada, mergulhada na água; quando “as bolhas de ar paravam de subir”, ele era tirado e reanimado [...] uma variante mais sofisticada dessa terapia era a hidroterapia: o paciente era envolvido em uma tela e mergulhado na água, por horas ou dias; somente a cabeça era mantida fora do tecido que cobria totalmente a banheira. Alternavam-se água fervente com água gelada. O cansaço psicológico desse “banho longo” deveria estimular a produção de secreções na pele e nos rins, reestruturando as funções cerebrais [...] já no final do mesmo século, introduzia-se, entre as várias curas, a amputação do clitóris nas mulheres (e até a remoção do útero) e as terapias endócrinas. No primeiro caso, a intervenção se motivava pelas características dos órgãos, nesse caso, os femininos, que teriam dado origem à agitação e á loucura (VENTURINI, 2016, p.26-27).

Esses tratamentos não eram aceitos por todos os médicos, porém só no século XX é que emergem movimentos contrários, denunciando que eram desumanos e iam de encontro aos direitos humanos. Os efeitos perversos dessa institucionalização foram denunciados por muitos psiquiatras ativistas contra o manicômio. E no Brasil como se deu o processo de implantação dos manicômios e a luta antimanicomial? Trataremos dessas questões no próximo capítulo.

## **CAPÍTULO 2 – A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS HOSPÍCIOS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL: PARADIGMAS MÉDICOS E ESTATUTOS JURÍDICOS E CIVIS DOS “ALIENADOS”**

### **2.1 - O CONTEXTO DE FUNDAÇÃO DOS MANICÔMIOS NO BRASIL: DOS ASILOS DE “ACOLHIMENTOS” AOS HOSPÍCIOS PSIQUIÁTRICOS PARA INTERNAÇÃO DOS ALIENADOS**

No início do século XIX, os alienados mentais gozavam de popularidade e viviam livremente pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro, apesar de que eram sempre alvo de piada por parte da população. Todavia, a partir da década de 1830, os médicos da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro deram início a uma campanha contra a livre circulação dos alienados e, também, dos animais ferozes e dos embriagados. A comparação entre a alienação mental e a ferocidade dos animais feita pelos médicos, conforme Magali Engel,

visava mostrar o perigo que os alienados em liberdade podiam representar para a sociedade. Elaboraram, portanto, uma postura municipal determinando que os embriagados fossem levados aos Corpos de Guarda Municipais Permanente se os loucos, internados na Santa Casa de Misericórdia. Outra prática usual à época consistiu no isolamento dos alienados em recintos privados quando estes pertencessem às classes abastadas (ENGEL, 2001, p.188).

Desse modo, até o início do século XIX, os “loucos” no Brasil ainda não eram internados em hospícios psiquiátricos, os mesmos viviam perambulando pelas ruas e/ou eram levados para as cadeias públicas (quando estavam agressivos) ou as Santas Casas de Misericórdia e os “loucos” com melhores condições financeiras, eram cuidados e tratados em casa. Havia por parte das autoridades médico-sanitárias muitas críticas em relação às péssimas condições das santas Casas de Misericórdia, onde as salas e os quartos eram cubículos, sem ventilação e ainda, os tratamentos eram considerados desumanos e sem respaldos médicos devido às tradições religiosas e de caridades dessas instituições.

Como ressalta Paulo Amarante (1983), os loucos eram isolados no hospício, na prisão ou nas enfermarias da Santa Casa, onde não recebiam tratamento médico especializado. Foi somente com a chegada da família real ao Brasil que se exigiu uma intervenção propriamente estatal com o objetivo de ordenar a sociedade, tornando “a loucura objeto de intervenção específica por meio do Estado e da medicina: Em 1830, uma comissão da Sociedade de

Medicina do Rio de Janeiro realizou um diagnóstico da situação dos loucos”. (AMARANTE, 1983, p. 149).

Sobre esse controle, disciplinarização e organização da vida asilar e psiquiátrica brasileira, Machado (1978) irá destacar alguns aspectos que considera importante nesse processo, tais como, o estabelecimento do isolamento institucional, que promove a separação do louco do meio social e familiar, a organização do espaço interno da instituição, onde os doentes seriam distribuídos de forma ordenada e regular, a vigilância do louco em todos os momentos e lugares, a distribuição do tempo, evitando-se o perigo do ócio do agora doente através da prescrição de uma ocupação regrada e sistemática e, por último a repressão, o controle e a individualização obtidos por meio do estabelecimento de normas e comportamentos considerados adequados, principalmente, à dependência e submissão do alienado à figura suprema do médico. Essa ordem disciplinar sempre seria considerada o cerne do tratamento moral, a terapêutica fundadora do manicomialismo e constituidora da psiquiatria que, muito convenientemente, só poderia atingir seus objetivos terapêuticos nessa configuração hierárquica e rigidamente regrada de espaço e de poder que teria como centro a autoridade médica (FOUCAULT, 2006).

A reivindicação de criação de instituições apropriadas para tratar os casos específicos de doença mental, segundo a ótica médica, ocorreu no Rio de Janeiro na segunda metade do século XIX, quando foi inaugurado o primeiro hospício ou manicômio no Brasil. No processo de implantação desses manicômios, desde o momento de sua constituição, no século XIX, até o início do século XX, ficou claro que o saber psiquiátrico brasileiro, conforme Portocarrero (2002), seguiu a linha da escola francesa de Pinel, introduzida no Brasil principalmente por meio de textos de Esquirol, que serviram de modelo para a criação dos primeiros hospitais psiquiátricos. Em 1841, o imperador Pedro II assina o decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, mas só veio a ser inaugurado em 1852, cuja direção permaneceu, no entanto, confiada aos religiosos da Santa Casa de Misericórdia.

Segundo Roberto Machado, em sua obra *“Danação da Norma: Medicina social e constituição psiquiátrica no Brasil”* (1978), o aparecimento do louco no século XIX como perigoso em potencial e como atentado à moral pública, à caridade e à segurança gerou crítica, como já mencionamos, por parte dos médicos, contra a situação do louco nas ruas e no hospital da Santa Casa da Misericórdia. A crítica ao hospital é parte central da argumentação pela necessidade de um hospício. A ideia básica é que o Hospital da Misericórdia, onde se encontravam os loucos antes do funcionamento do hospício, não oferecia condições para abrigar medicamente e recuperar o louco e desse modo, a “assinatura, em 1841, do decreto

para criação do Hospício de Pedro II é a primeira vitória desse posicionamento médico, que assinala, como marco institucional, o nascimento da psiquiatria”. (MACHADO, 1978, P. 378).

Com a criação do referido hospício teve início o processo de “medicalização da loucura”, representando de fato um passo importante na sua transformação em doença mental e no processo de disciplinarização da loucura no país. Vejamos o que o Decreto nº 1.077, de 4 de Dezembro de 1852 estabelece e regulamenta:

Art. 1º - O Hospício de Pedro Segundo, fundado por Decreto de 18 de Julho de 1841, debaixo da Augusta Protecção de Sua Magestade o Imperador, he destinado privativamente para asylo, tratamento e curativo dos alienados de ambos os sexos de todo o Imperio, sem distincção de condição, naturalidade e religião.[...]

Art. 5º - Serão admittidos gratuitamente no Hospício de Pedro Segundo, 1º) As pessoas indigentes; 2º) Os escravos de senhores que não possuirem mais de hum, sem meios de pagar a despeza do seu tratamento e curativo; 3º) Os marinheiros de navios mercantes, apresentando, no acto da entrada, escripto, reconhecido por Tabellião, do proprietario, consignatario, capitão ou mestre da embarcação a que pertencerem, ou do Consul respectivo.

O decreto revela o caráter de disciplinarização dos considerados loucos e todos aqueles que saíam dos padrões de comportamentos aceitáveis socialmente. A imensa maioria era de pessoas pobres e que muitas vezes estavam no rol dos “vagabundos” não afeitos ao trabalho.

Inicia-se assim, um longo processo de regulamentação médica e de estabelecimento de instrumentos legais de disciplinarização da loucura. Nos anos que se seguiram foram criados asilos em outras províncias<sup>23</sup>, os quais se assemelhavam mais às próprias cadeias do que a lugares reservados ao tratamento de enfermos.

A implantação de instituições como essa tinham como objetivos normatizar o comportamento da população, notadamente dos pobres e dos miseráveis, conforme o modelo da medicina social de inspiração francesa difundida

<sup>23</sup> “O segundo hospital psiquiátrico do Brasil, conhecido como Hospital da Tamarineira, foi o Hospital Ulysses Pernambucano (HUP) e sua inauguração ocorreu em 1883. Na época sob administração da Santa Casa de Misericórdia, passando para gestão estadual em 1924, por meio de decreto do governador Barbosa Lima Sobrinho. Em 1930, passou por um processo de restauração, nas mãos do médico Ulysses Pernambucano. Em 1992, o HUP, conhecido popularmente como Tamarineira, devido ao bairro do Recife em que está localizado, foi tombado pelo Patrimônio Histórico do Estado. A criação desse hospital revela como o Nordeste estava em sintonia com os parâmetros nacionais em termos de regulamentação e institucionalização das doenças mentais.” (Retirado do artigo “Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano” da Secretaria Estadual de Saúde do Pernambuco). O terceiro hospício no Brasil foi o de Juquery localizado em São Paulo, em 18 de maio de 1898, pelo médico Franco da Rocha, sendo tomado como a “primeira grande experiência, em escala e pretensões, de uma psiquiatria recém-inaugurada no Brasil enquanto especialidade médica. Quase um século separava os primeiros alienistas brasileiros em cujo panteão Franco da Rocha merece um lugar de destaque das iniciativas de Pintel do final do século XVIII, consideradas como o marco inaugural do saber e das práticas da medicina alienista”. (CUNHA, 1987, p. 81-82).

pelas instâncias médicas do país responsáveis por viabilizar a higienização dos espaços públicos. Assim, a população internada no Hospício de Pedro II foi constituída majoritariamente pelos indigentes de condição livres admitidos gratuitamente (ENGEL, 2001, p.189).

Desse modo, tal movimento de “medicalização” do louco caracteriza a função dos psiquiatras do século XIX, que criticam a insuficiência e ineficácia do hospício, mostrando a necessidade de multiplicação de instituições articuladas, amparadas por uma lei que desse aos hospícios a exclusividade de sequestração do louco e regulasse a sua situação na sociedade. A medicalização não significa, portanto, apenas reconhecer a qualidade de doente do louco ou a transformação do hospício em estabelecimento médico semelhante a um hospital, mas implica a definição, pela instituição médica, de um novo estatuto jurídico, social e civil do alienado, ou seja, o estado de menoridade social, de incapaz. Nesse contexto vão ocorrer disputas dos psiquiatras pelas instâncias de controle da vida social, sob alegação de que possui o saber sobre a doença e a saúde.

[...] a medicina mental que penetra nos vários setores do espaço social, através de seu corpo conceitual e de práticas assistenciais menos restritas ao internamento no hospício, procurando encontrar a alienação mental em todos os lugares, gestos, palavras e ações [...] a relação da psiquiatria com a medicina permitiria garantir a função do psiquiatra de apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado. [...] A medicina já havia penetrado na sociedade como conhecimento científico, ao incorporar o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médicas, por meio do deslocamento de seu objetivo da doença para a saúde. A partir do século XIX, a medicina é considerada uma prática política específica e com poder especializado para assumir o cuidado dos indivíduos e da população. (PORTOCARRERO, 2002, p.19-20)

Segundo Portocarrero (2002), uma das maiores críticas à psiquiatria do século XIX se relaciona com o ingresso do “louco” nos hospícios. Questões como direito de sequestração, a relação entre o louco e a família, entre o louco e a Justiça, o louco e a psiquiatria, o louco e o Estado são importantes para auxiliar o alienado. Esses serão pontos imprescindíveis para transformar as práticas psiquiátricas no Brasil.

Como já foi mencionado o hospício Pedro II só foi aberto no ano de 1952, regulamentado pelo Decreto nº 1.077 desse mesmo ano. Como podemos observar abaixo, o próprio decreto é contraditório, quando diz que não há distinção de classe, mas, no entanto, os quartos são separados por categorias, ou seja, os que têm mais condições financeiras dos que não tem. Fica clara a segregação no hospício e vários aspectos, havendo, por exemplo, a diferenciação na comida entre os mais abastados e a maioria dos internos pobres. Verificam-se nos decretos várias formas de exclusões e segregações.

De acordo com os estatutos aprovados pelo decreto 1.077, de 4 de dezembro de 1852, as portas do hospício estavam abertas aos “alienados de ambos os sexos de todo o Império, sem distinção de condição, naturalidade e religião”. Desse modo, a caminho da reclusão, os alienados eram iguallados em sua loucura. Mas, uma vez transposta à entrada do hospício, a igualdade cederia lugar às diferenciações que conferiam múltiplos rostos à loucura. Dentro do hospício, além da divisão entre os sexos (Art. 18), os alienados passavam a ser discriminados, por um lado, de acordo com suas origens sociais, que os dividia em duas categorias: a dos admitidos gratuitamente – os indigentes, os escravos cujos senhores não possuíssem outros e não tivessem meios de custear seu tratamento, e os marinheiros de navios mercantes (Art. 5) –; e a dos pensionistas, compreendendo os de primeira classe – com direito a quarto separado com tratamento especial –, os de segunda classe – com direito a quarto para dois alienados, com tratamento especial – e os de terceira classe – pessoas livres ou escravas que ocupariam as enfermarias gerais (art 7). Por outro lado, os internos eram diferenciados pelo comportamento que manifestavam. Os indigentes e os pensionistas de terceira classe eram distribuídos nas seguintes subdivisões: 1ª) de tranqüilos limpos; 2ª) de agitados; 3ª) de imundos; 4ª) de afetados de moléstias acidentais. Os pensionistas de primeira e de segunda classe seriam separados em apenas duas subdivisões: 1ª) de tranqüilos; 2ª) de agitados (Art. 19) (ENGEL, 2001, p. 205-6).

Fica claro como essas regulamentações e normatizações médico-jurídicas estão fortemente ligados a questões de controle da população e dar poder e autoridade jurídica ao Estado sobre aqueles que não se adequavam ao modelo de cidadão civilizado, educado e de trabalhador produtivo e obediente aos ditames do sistema. Esse projeto de disciplinarização e institucionalização do louco e da loucura estão ligados ao projeto de medicalização social, iniciado no Brasil em meados do século XIX e é acirrado em finais do século, contexto em que a medicina higienista adquire mais poder sobre a população com o processo de modernização e urbanização que o Brasil passa, principalmente na transição para a República. O processo de medicalização revela como a medicina psiquiátrica adquire cada vez mais poder sobre os sujeitos internos nas instituições.

O Hospício de Pedro II se tornou alvo de inúmeras críticas por parte da comunidade médica, notadamente dos psiquiatras, já nas décadas de 1870 e 1880. Embora tenha sido instituído com o objetivo de isolar os loucos, considerados uma ameaça física e moral para si mesmo e para outrem, o hospício devia ainda tratar e curar a loucura. Contudo, na prática, os psiquiatras consideravam que a autoridade do alienista foi bastante restringida e o hospício teria se tornado predominantemente, mas não exclusivamente, uma instituição que isolava o alienado (ENGEL, 2001).

Mas foi somente com a instauração da República que os primeiros governos passaram a adotar medidas relativas à gestão da assistência aos alienados. Tais medidas foram

consideradas, posteriormente, marcos relevante da instituição da psiquiatria brasileira, que passou então a ser vista como uma área de produção e difusão de uma prática e um saber especializado. Entre elas destacam-se o Decreto n. 142-A, de 11 de janeiro de 1890, que desanexa do hospital da Santa Casa da Misericórdia desta Capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospital Nacional de Alienados, tornando-o uma instituição pública independente. Além disso, houve a criação da assistência em fevereiro de 1890. Porém, o mais importante, foi à aprovação de uma legislação federal voltada para a assistência médico-legal aos alienados baixada pelo decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903 (ENGEL, 2001).

Destacamos alguns artigos e incisos do referido Decreto<sup>o</sup> 206-A de 1890, que irão regulamentar a atuação de psiquiatras e do próprio Estado. Podemos ver abaixo, no seu Art. 13, a seguinte disposição:

Art. 13. Todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congenita, perturbarem a tranquillidade publica, offenderem a moral e os bons costumes, e por actos attentarem contra a vida de outrem ou contra a propria, deverão ser collocadas em asylos especiaes, exclusivamente destinados á reclusão e ao tratamento de alienados.<sup>24</sup>

Evidencia-se como se institui novos estatutos jurídicos e civis para o interno, classificados como “alienados indigentes”, denotando claramente como a grande preocupação era fazê-los se ocupar e ser produtivos a partir da ótica do trabalho e combate e vadiagem. A direção do asilo agora confiada a um médico, também mostrava um processo de controle do psiquiatra no processo, mesmo que se tivesse dependência do ministro do interior. O caráter disciplinarizador e segregador é evidente nesse trecho que afirma que “todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congenita, perturbarem a tranquillidade publica, offenderem a moral e os bons costumes”, visto que vai haver criminalização de práticas sociais e civis não aceitáveis como a “vadiagem”, a “libertinagem”, a “corrupção dos costumes” e outros que eram afrontas a sociedade moralizada e civilizada.

O caráter de controle social dos sujeitos e de poder policial repressor do Estado está muito presente no Decreto n<sup>o</sup> 206-A de 1890, no seu art. 14, o qual trata da admissão para o internamento, que poderia ser de duas formas:

§ 1<sup>o</sup> As admissões ex-officio serão requisitadas pelas autoridades publicas por intermedio do chefe de policia, fazendo acompanhar os alienados dos pareceres dos medicos da policia, dos documentos de interdicção, si os houver, e da noticia circunstanciada dos factos que legitimam a reclusão.

§ 2<sup>o</sup> As admissões voluntarias serão produzidas em virtude de requerimento, em que se declare o nome, naturalidade, idade, estado, profissão, filiação e

<sup>24</sup> O trecho do Decreto acima se trata de cópia *ipsis litteris*, ou seja, foi mantido o vernáculo da época.

residencia do doente, acompanhado dos pareceres de dous medicos que o tenham examinado 15 dias, no maximo, antes do da sua admissão, ou de documentos legaes comprobatorios da demencia.<sup>25</sup>

Essas admissões que fala o decreto eram realizadas, por exemplo, no Hospício Nacional de Alienados, que era o estabelecimento central da assistência<sup>26</sup>, local onde eram recolhidos todos os indivíduos enfermos por um período de, no mínimo, 15 dias para verificação dos sintomas de alienação mental e posterior admissão nos seus asilos. Verifica-se que as admissões eram classificadas de duas formas em *ex-officio* e voluntárias. As *ex-officio* eram requisitadas pelas autoridades policiais por meio do chefe de Polícia, sendo acompanhadas por pareceres médicos pertencentes à instituição policial, e de informações que legitimassem a reclusão solicitada. As voluntárias podiam ser requeridas por um dos cônjuges, pai, irmão, ascendente ou descendente, ou ainda por um tutor ou curador, casos em que a admissão seria provisória. Alguns indivíduos podiam ser ‘admitidos definitivamente’ mediante apresentação do atestado do médico do asilo, necessitando, para isso, de aprovação do diretor da assistência.

Havia forte controle policial no processo de admissão dos “indigentes”, como consta no art. 30 do Decreto de nº 508, de 21/06/1890:

Art. 30. A admissão dos enfermos indigentes se verificará á vista de ordem do Ministro do Interior ou de requisição do chefe de policia da capital federal e dos governadores e chefes de policia dos Estados que concorrerem para a manutenção dos enfermos. As requisições devem ser acompanhadas de documentos justificativos da loucura, e de informações e documentos ácerca do nome, idade, naturalidade, estado, filiação e residencia dos enfermos.<sup>27</sup>

A diferença de tratamento entre os indigentes e os pensionistas, em relação às visitas, é bem clara, vejamos no art. 56.

Art. 56. Os enfermos indigentes só poderão ser visitados ordinariamente no primeiro domingo de cada mez e extraordinariamente com licença do medico da respectiva subdivisão. Os pensionistas, porém, receberão seus parentes, curadores ou correspondentes duas vezes por semana, ás segundas e sextas-feiras, das 9 ás 11 horas do dia, quando a isso se não oppuzer, a bem do tratamento, o medico a quem estiverem confiados.<sup>28</sup>

<sup>25</sup> O trecho do Decreto acima se trata de cópia *ipsis litteris*, ou seja, foi mantido o vernáculo da época.

<sup>26</sup> Decreto de nº 3.244, de 29/03/1899, que tem por objetivo reorganizar a assistência aos alienados, internando os indivíduos que necessitarem de tratamento devido à alienação mental.

<sup>27</sup> O trecho do Decreto acima se trata de cópia *ipsis litteris*, ou seja, foi mantido o vernáculo da época.

<sup>28</sup> O trecho do Decreto acima se trata de cópia *ipsis litteris*, ou seja, foi mantido o vernáculo da época.

A hierarquização, a separação e marginalização dos mais pobres são visíveis no artigo acima descrito, havendo a divisão por classe, cor e gênero (ENGEL, 2001; CUNHA, 1996).

Essa legislação que foi implantada no contexto monárquico do Brasil, foi substituída em 1903 por outra de regime republicano. Esses normativos jurídicos em relação aos hospícios tiveram como pioneiro o primeiro catedrático de psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o deputado João Carlos Teixeira Brandão. Este veio a ser o relator do Decreto de nº 1.132 de 1903, promulgado no governo do presidente Rodrigues Alves e responsável por "Reorganizar a assistência aos alienados". Estava explícita a influência sofrida da lei francesa de 1838 neste decreto, que encerrava, além da intenção de unificar a assistência psiquiátrica no país, o estímulo à construção de asilos estaduais e a proibição definitiva do cerceamento de doentes mentais, "alienados" na verdade, em prisões. Além disso, determinava a humanização dos tratamentos, ao menos nos parâmetros do pensamento da época. Tal Decreto significou a aprovação da primeira lei federal de assistência médico-legal aos alienados e com isso, a psiquiatria começa a se consolidar uma especialidade. O referido decreto tinha o objetivo de internar as pessoas consideradas perigosas, como mostra no art.1:

Art.1-O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados

Art .10- E' prohibido manter alienados em cadeias publicas ou entre criminosos.

Art.11-Emquanto não possuirem os Estados manicômios criminaes, os alienados delinquentes e os condemnados alienados sómente poderão permanecer em asylos publicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem.<sup>29</sup>

Verifica-se que no Decreto de 1903 no art. 1º acima disposto, há uma modificação na redação se comparado ao Decreto nº 206 de 1890, mudando o termo *todas as pessoas* pelo termo *individuo*, mostrando o caráter civil do sujeito que passa a ser pensando numa república como indivíduo. Retira-se, ainda a questão de se atentar a moral e aos bons costumes, denotando que isso era associado a uma sociedade de padrões monárquicos e patriarcais, se priorizando mais naquele momento a ideia de segurança pública, individual e de civilidade urbana. Observa-se, ainda que haja um reforço para combater a internação dos indivíduos considerados alienados em instituições não especializadas e de tratamentos apropriados, recomendando-se que não fossem misturados à delinquentes e criminosos nas prisões. A

---

<sup>29</sup> O trecho do Decreto acima se trata de cópia *ipsis litteris*, ou seja, foi mantido o vernáculo da época.

legitimação do poder dos hospícios e dos psiquiatras e a desautorização dos indivíduos considerados alienados são visíveis em alguns artigos do decreto, defendendo-se que:

o único lugar autorizado a receber loucos era o hospício, por reunir condições adequadas, e toda internação estaria sujeita ao parecer do médico, detentor da "verdade" no que se refere à alienação mental. O decreto em questão também é o responsável por positivizar a ideia de que o louco não possui a capacidade de gerir seus bens e a sua pessoa, devendo estar submetido a um curador, que também é o responsável pela guarda provisória dos bens do doente. Do mesmo modo, não caberia a este paciente interferir, ou mesmo conhecer o tratamento a ser aplicado. Mais uma vez, a política adotada em relação aos doentes mentais foi um resultado da atenção à ideologia economicista. (MACEDO, 2006)

O referido Decreto, conforme MACEDO (2006) é o reflexo do empenho da nascente classe médica, a psiquiátrica, em reservar a si mesma um espaço de atuação a autora reforça que o fato de ser um médico o relator de tal decreto, contribuiu para que algumas de suas determinações permanecessem como a presunção de incapacidade e o instituto da curatela<sup>30</sup>.

No contexto da república muitos outros decretos foram criados e aprovados e a maioria mostrava a preocupação da disciplinarização dos comportamentos e do controle da população que estava à margem das leis e condutas civilizatórias. Outro Decreto que traz essas questões foi o do ano de 1911, de nº 8.834, instituindo regimes e estabelecendo o seguinte:

Art. 2º Para esse fim a União manterá no Distrito Federal: o Instituto de Neuropathologia, destinado á admissão dos enfermos suspeitos de alienação mental, o Hospital Nacional de Alienados e as Colonias de Alienados, para homens e para mulheres.

§ 1º Installadas as colonias, poderão os respectivos diretores crear, na peripheria das mesmas, serviços de assistência hetero-familiar.

§ 2º Logo que seja possivel fundará a União colonias para ébrios habituaes e epilepticos.<sup>31</sup>

Ao analisar o art. 2º acima citado percebe-se que há uma expansão no período republicano de lugares e instituições voltados para o tratamento dos alienados, tendo inclusive sendo criados os hospitais colônias para homens e mulheres, como objetivos de conduzir e impulsionar o modelo de local voltado para o trabalho. Uma importante iniciativa que deve ser destacada é a criação de serviços de assistência hetero-familiar a qual se configurava na

<sup>30</sup> “A curatela, que se estabelece por decisão judicial, é uma medida de amparo à pessoa que não tenha condições de reger os atos de sua própria vida civil. Nesse caso, nomeia-se alguém para exercer o encargo de curador, ou seja, para administrar os bens do curatelado e figurar como seu assistente nos atos da vida civil, com o objetivo de garantir que os direitos do curatelado sejam adequadamente atendidos”. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ - MPPR. Curatela e Tomada de Decisão Apoiada - Perguntas Frequentes. [on-line]. Disponível em: <<https://civel.mppr.mp.br/pagina-50.html>>. Acesso em: 02 ago. 2021).

<sup>31</sup> O trecho do Decreto acima se trata de cópia *ipsis litteris*, ou seja, foi mantido o vernáculo da época.

substituição provisória da família do interno, com objetivo de ter um maior controle e observação do “alienado” por parte da família substituta. Além disso, a partir desse decreto os epiléticos passaram a ser internados e considerados alienados, junto com os ébrios. Mantém-se, assim como no decreto anterior, a proibição de internação dos “alienados” nas cadeias públicas ou no mesmo espaço que os criminosos (art.173).

O Código Civil de 1916 foi um instrumento importante de regulamentação do estatuto jurídico e civil para o “alienado”. O mesmo foi estabelecido enquanto ainda se encontrava vigente o Decreto de nº 1.132, seguindo o caminho determinado por este em alguns aspectos que se referem à capacidade civil dos doentes mentais, mas, em contrapartida, determinando-os de "loucos de todo o gênero" ao invés de "alienados de qualquer espécie", como estava no projeto original. No referido Código de 1916 os alienados mentais eram definidos como:

aqueles que, por organização cerebral incompleta, ou moléstia localizada no encéfalo, lesão somática ou vício de organização, não gozam de equilíbrio mental e clareza de razões suficientes para se conduzirem socialmente nas várias relações da vida (BEVILAQUA, p. 70).

As legislações reforçam a condição de incapaz e a defesa de tutela dos alienados no referido código. Vejamos o que dispõe o art. 5º:

Art. 5º - São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:  
I - os menores de 16 anos  
II - os loucos de todo o gênero

Verifica-se, no citado art. 5º, a forma explícita como o indivíduo “alienado” é comparado a uma criança, não estando apto para reger sua vida e gozar de seus direitos, com incapacidade absoluta e como se não manifestassem vontade própria. O referido código enfatiza ainda que,

Art. 142. Não podem ser admitidos como testemunhas:  
I - Os loucos de todo o gênero  
[...]

Art. 145. É nulo o ato jurídico:  
I - quando praticado por pessoa absolutamente incapaz (artigo 5º).

Sem ter condições mentais e racionais de serem testemunhas percebe-se que a curatela e incapacidade são bem determinadas, retirando qualquer discernimento e autonomia do indivíduo alienado, não podendo exercer ato civil ou jurídico. Aqui existe o casamento perfeito entre a psiquiatria e justiça.

## 2.2 - HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E EXPERIÊNCIAS DE INTERNAMENTO: EUGENIA, RACISMO, SEXISMO E HIGIENIZAÇÃO SOCIAL

São marcantes as influências de paradigmas estrangeiros no Brasil na criação das instituições de tratamento de doenças mentais e em relação às abordagens médicas postas em práticas nesses espaços, em especial as abordagens das escolas francesas e alemãs. Desse modo, os princípios e as intenções de disciplinarização, moralização social, higienização e eugenia social estão muitos presentes nos discursos médicos-psiquiátricos e dos juristas que estudam e assinam essas matérias. Conforme Costa (2006) algumas experiências de indivíduos que foram internados e conseguiram sair e se fizeram ouvir ou, ainda, quando muitos processos, ao serem pesquisados e estudados por profissionais de várias áreas, permitiram algumas vozes, antes silenciadas, viessem à tona e revelassem as crueldades e abusos praticados no interior desses hospícios. Além dos casos vivenciados na pele por parte de alguns internos, muitos discursos e princípios que irão reger algumas entidades trazem como projetos a higienização e de eugenia social como, por exemplo, da Liga Brasileira de Higiene Mental, que foi fundada no Rio de Janeiro, em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, com a ajuda de filantropos do seu círculo de relações. O objetivo inicial da instituição era promover a renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos.

A LBHM era uma entidade civil, reconhecida de utilidade pública, funcionando como subvenção federal e com o apoio financeiro de filantropos. Conforme Costa (2006), tal entidade tinha orientação teórica fundamentada no discurso eugênico, racista e no darwinismo social predominante no final do século XIX e primeiras décadas de do século XX. Costa faz a seguinte constatação e denúncia:

nos anos 30, o sujeito da psiquiatria, o doente mental passado, presente e futuro, era o sujeito da raça ou das ideologias biologizantes e racistas. Os psiquiatras acreditavam que existia uma natureza humana, uma essência do sujeito, que podia ser entendida pela decifração das leis de hereditariedade, da noção de degeneração ou de quaisquer outros termos inventados e manipulados pelo vocabulário racista [...] castração, controle da imigração, casamentos eugênicos, exames pré-nupciais eugênicos etc. foram à decorrência dos postulados sobre a natureza biológica do sujeito e sobre a existência de raças inferiores (COSTA, 2006, p.12).

Desse modo, os programas eugênicos da LBHM foram, conforme Costa, a versão psiquiátrica de temas culturais correspondentes em certos meios intelectuais dos anos 20-30, ou seja, o antiliberalismo, o moralismo, o racismo e a xenofobia impregnavam o pensamento eugênico dos psiquiatras, onde a eugenia foi, assim, o instrumento de que os psiquiatras se

serviram para participar da renovação cultural da sociedade brasileira, sem deixarem de serem psiquiatras.

A projeção do pensamento antiliberal nos programas de higiene mental é perceptível através: do desejo de empregar medidas repressivas brutais no tratamento e na prevenção da doença mental [...] A projeção do moralismo nestes mesmos programas é visível na norma de comportamento social e sexual de ordem eugênica que os psiquiatras pretendiam ditas a todos os brasileiros [...] defendidas por certos intelectuais da época [...] O racismo aparece nos programas da LBHM por intermédio das idéias de raças inferiores e superiores, que eram, aparentemente, caucionadas pelas noções de hereditariedade genética dos traços psíquicos e culturais [...] No que diz respeito à xenofobia [...] levaram os psiquiatras a supervalorizar a questão da saúde mental dos imigrantes, e a exprimir, deste modo, os preconceitos do senso comum quanto aos prejuízos que o imigrante estrangeiro trazia para o Brasil e aos brasileiros. (COSTA, 2006, p.129-130).

A sociedade da Primeira República vivenciou mudanças sociais e culturais, especialmente no espaço urbano, o que exigiu radicais transformações nos costumes e comportamentos, tanto na esfera privada quanto na pública e a psiquiatria brasileira contava com novos temas que se relacionavam com a recente estrutura política e social, que se deparavam com uma cidade em crescimento, espaço ideal para a proliferação de práticas antissociais, doenças e vícios. Entre novos temas podemos destacar:

a teoria da degenerescência de Morel, tributária das ideias de Esquirol, resvalava na insanidade como uma consequência de desequilíbrios individuais orgânicos e sociais, identificados a partir do momento que o indivíduo dava vazão às paixões excessivas, possuía modos de vida desregrados, não demonstrava aptidões para o trabalho ou para suas condições, vivia em estado de miséria e possuía traços de fanatismo religioso. Seria uma síntese de causas hereditárias, associadas ao ambiente em que vivia e à sua inferioridade racial e intelectual. Nos deparamos aqui com o destaque cada vez maior da hereditariedade como causa dos distúrbios morais e biológicos, sendo a loucura atribuída a ela (BARROS, 2016, p.80)

A historiadora Lília Moritz Schwarcz em sua obra *“O Espetáculo das Raças”* (1993) nos fala que o Brasil era apontado como um caso único e singular de extrema miscigenação racial, o que indicava certa “deteriorização” dos indivíduos por conta da hibridação das raças, que era significada por muitos como um tumulto biológico e psíquico e era vista como um problema para o destino da nação.

Assim, ratificando a perspectiva organicista, os psiquiatras brasileiros inseriram as degenerações e os traços hereditários que recaíam sobre a população negra e mestiça no rol delimitador da alienação mental, vistos como intelectualmente inferiores e com maior propensão à vadiagem, ao álcool e à doença. Nos deparamos com uma situação de generalização, onde qualquer sujeito poderia ser encaixado nos parâmetros da loucura, tendo

alguns uma “aptidão” maior à doença por serem inferiores racial e socialmente e como consequência eram sequestrados, depositados em hospícios, tinham suas vidas íntimas devastadas, passando por estudos que almejavam a sedimentação da psiquiatria como a grande saída para a harmonia social (BARROS, 2016, p.81-82).

Desse modo, deviam ser combatidos a mendicância, o alcoolismo, o desemprego e a prostituição, pois eram vistos como fatores de insegurança social. Uma das grandes preocupações do poder institucional da Primeira República eram o controle dos elementos indesejados e a reconstrução do perfil social, cultural e racial da população. Com isso, não faltaram esforços por parte das autoridades e das classes abastadas para controlar e também reprimir os homens e mulheres pobres e pretos.

Neste momento, o crescimento urbano apresentava-se ao regime republicano como um elemento capaz de ampliar vertiginosamente o número de indesejados, como: loucos, vagabundos, prostitutas, alcoólatras e degenerados. Em busca da ordem e do progresso, o Estado estabeleceu uma aliança com o alienismo ou psiquiatria (BARROS, 2016, p.34).

A implantação da LBHM seria uma forma dos psiquiatras tentarem a todo custo controlar a loucura e não expandir, pois a ideia do discurso eugênico (oriundo da psiquiatria nazista) seria a não proliferação de raça, ou seja, os considerados “loucos”, pobres, negros, imigrantes. Ou seja, “os psiquiatras acreditavam que o Brasil degradava-se moral e socialmente por causa dos vícios, da ociosidade e da miscigenação racial do povo brasileiro.” (COSTA, 2006, p.28). Desse modo,

A eugenia foi, para os psiquiatras da LBHM, o meio de criar este novo brasileiro, puritano, disciplinado, intransigente e racista, que nada mais era do que o estereótipo do europeu de classe média com o qual ele se identificava (FREIRE, 2006, p.102).

Essa abordagem e esse pensamento de influência europeia têm traços de darwinismo social, determinismo geográfico e biológico. Isso significa que os indivíduos são avaliados por questão de fundo biologizante, com aproximações com as teorias do antropólogo criminal

Cesare Lombroso<sup>32</sup>, que avaliava os criminosos pela questão de raça, meio e hereditariedade. Assim para esses psiquiatras, o valor de indivíduo doente ou sadio,

[...] era dado única e exclusivamente em função de sua atuação biológica. Os mais fortes deveriam sobreviver; os mais fracos, desaparecer [...] Evidencia-se por toda parte a preocupação dos governos de encontrar solução para abrigar e alimentar a elevadíssima percentagem de incapazes, de mendigos, de criminosos, de anormais de todo gênero que dificultam e oneram, pesadamente, a parte e produtiva da sociedade [...] As medidas em prática consistem em estabelecer colônias e albergues para mendigos, penitenciárias e prisões para os criminosos, manicômios e hospitais para loucos e degenerados[...]" (COSTA, 2004, p. 57).

Essa preocupação com população e de vários segmentos sociais considerados “perigosos” demonstra como as elites dirigentes lidava com a substituição do sistema escravista pelo sistema de mão de obra assalariada, que disseminava a ideia de igualdade entre os indivíduos e isso implicava modificações e separações. Bairros e vilas operárias foram criados para os pobres e trabalhadores e o centro voltou-se cada vez mais para a imagem burguesa do progresso. Não bastava impor formas de morar, era necessário moralizar os pobres. Os trabalhadores não somente eram homens, mas também mulheres e crianças, e que ao ver da psiquiatria, rompia com os laços tradicionais da organização doméstica. Se, mesmo com a abolição da escravatura, o trabalho ainda permanecia sob o estigma da condição servil e isso mantinha uma separação radical entre as classes sociais era preciso,

ensiná-los que o correto era ser um bom trabalhador voltado à família e à moralidade. Entra em cena também o controle da sexualidade, dos papéis femininos que era o de manter a família moralizada e limpa. Há um profundo alcance da medicina mental e higiênica que atravessou também as relações pessoais para moldá-las aos propósitos da disciplina urbana. (BARROS, 2016, p. 83)

A historiadora Magali Engel também reforça como a década de 20 do século XX marcaria a ampliação e o aprofundamento da influência dos princípios eugênicos no âmbito da psiquiatria brasileira, que, “sem romper com os referenciais organicistas, passaria a caracterizar-se, cada vez mais, pela presença de perspectivas preventistas” (2001, p.175). Sem

<sup>32</sup> “Cesare Lombroso, médico psiquiatra, foi o principal fundador da Escola Positiva, ao lado de Enrico Ferri e Raffaele Garofalo, responsáveis por inaugurar a etapa científica da criminologia no final do século XX. Essa Escola surge como uma crítica à Escola Clássica, oportunizando uma mudança radical na análise do delito. Lombroso marcou esse período devido às suas ideias a respeito da relação entre o delito e o criminoso. Preocupou-se em estudar o homem delinquente conferindo-lhe características morfológicas, influenciando uma série de estudiosos a realizarem pesquisas mais profundas acerca do coeficiente humano existente na ação delituosa.” In FERNANDES, Bianca da Silva. Cesare Lombroso e a teoria do criminoso nato. [on-line]. Disponível em: <https://canalcienciascriminais.jusbrasil.com.br/artigos/625021486/cesare-lombroso-e-a-teoria-do-criminoso-nato>. Acesso em 02 ago. 2021.

dúvida, à psiquiatrização da vida cotidiana, denota como a psiquiatria nasceu comprometida com a medicalização das “vidas nuas” ou “corpos dóceis”, conforme nos fala Jurandir Freire Costa fundamentado em Foucault.

2.2.1 - Lima Barreto e o poder arbitrário da psiquiatria e dos hospícios no Brasil: a experiência de internamento do “escritor maldito” alcoólatra e “louco”.

Na história dos manicômios brasileiros e da atuação da psiquiatria brasileira, existiram muito exemplos desses “corpos dóceis” e dessas “vidas nuas”. Muitos homens e mulheres foram submetidos e interditados pelo Estado, pela família e pelos médicos, perdendo seus direitos civis e jurídicos. Muitos foram diagnosticados como loucos para atender interesses privados e também de ordem pública. O escritor Lima Barreto foi um desses sujeitos submetidos ao saber-poder médico psiquiátrico e esteve por duas vezes internado no Casarão da Praia Vermelha ou Hospício Nacional dos Alienados. Ele será uma voz dissidente, fazendo muitas críticas aos procedimentos e aos tratamentos no interior dessas instituições, através de vários escritos de sua obra.

Mas as obras<sup>33</sup> que ganham maior importância social e política foram: *Diário do Hospício* (1953), documento de memória onde narra sua experiência como interno do manicômio entre o final de 1919 e início de 1920 e *O Cemitério dos Vivos* (1953), de caráter ficcional, o escritor Lima Barreto faz uma crítica à construção de um saber psiquiátrico sobre o alcoolismo e faz uma denúncia a instrumentalização da polícia para a ordenação moral dos indivíduos e o seu papel nas internações manicomiais, acusando a relação íntima entre a psiquiatria e o sistema penal do período. Mostra ainda a sua interferência na estrutura social e política, além de suas ações de punição, que confinava o louco e o alcoólatra no hospício, sob tutela dos médicos. Critica a tirania do hospício, denunciando como as internações se davam, no início do século XX, a partir do sequestro dos indivíduos e de condutas agressivas e coercivas executadas pela polícia a serviço da psiquiatria, combatendo condutas antissociais condenadas pelas autoridades. Assim, Lima Barreto acusa a psiquiatria de utilizar um meio tirânico para obrigar os sujeitos à internação, essa que acarretava estigmas e perdas de direitos civis e sociais, ocasionando nos indivíduos aprisionados a sensação de culpa e de rebaixamento social. O hospício era e foi para ele esse lugar da exclusão.

---

<sup>33</sup> O primeiro é um documento que trata da internação do escritor no Hospício Nacional dos Alienados do Rio de Janeiro no período compreendido entre o natal de 1919 e fevereiro de 1920. Por sua vez, o segundo livro é ficcional e trata da experiência da loucura, narrada no primeiro.

Lima Barreto foi denominado como “escritor maldito”, talvez devido a sua visão ácida e crítica acerca da sociedade e sua literatura configurava-se a partir do inconformismo, apontando para questões como: exclusão, discriminação racial, hierarquias sociais e arrogâncias científicas. A consciência de sua função social enquanto literato e jornalista foram algo bastante elucidado em seus escritos, marcado pela descrença em relação ao projeto republicano, que carregava consigo o discurso do progresso e da modernização, mas que produzira uma sociedade injusta, desigual, pautada em privilégios e que segregava pobres, negros e os sujeitos indesejados e inadaptados de forma geral. Expôs as contradições e injustiças fomentadas socialmente sob o aval da normalidade através do esquisito “do bêbado, do ermitão, do gênio, do antissocial, do paranóico e de tantos outros “anormais”.

Em um contexto de uma cultura que se desenvolveu sob um regime colonial dependente, o escritor, nos fala dos comportamentos submissos como um traço marcante de nossa cultura voltada ao estrangeirismo, em que a elite cultural e econômica colocava-se submissa ao estrangeiro, por considerá-lo superior pela raça, cultura e nível civilizatório; o povo, em relação às elites, era visto como subserviente, escravo, rústico, agregado, atrasado, preguiçoso, selvagem, sujo e patológico.

Além de empreender críticas à sociedade que marginalizou os pobres, os negros, as mulheres, os loucos, os intelectuais autônomos, os trabalhadores e os costumes populares, a partir de muitos de seus personagens, Lima Barreto denunciou os mecanismos de controle, a ideologia das classes dominantes e a marginalização social empreendida através da ciência, da literatura e da imprensa, que difundiram ideologias de opressão e de discriminação aos sujeitos “desviantes” e “excêntricos”, que eram de sujeitos vistos como loucos, esquisitos e isolados socialmente, denunciando os preconceitos da sociedade da qual fazem parte. Ao questionar, por meio de seus personagens, a loucura, a obsessão pelo título de doutor, a ausência de autonomia intelectual, a dependência da mulher, o parasitismo do funcionalismo público, a soberba científica, a truculência da polícia, a corrupção política, a desigualdade social e a rejeição que sofrem os sujeitos que escapam à ordem, Lima Barreto coloca sob julgamento toda estrutura social brasileira da Primeira República, presa a preceitos morais, raciais e discriminatórios, subsidiada por uma burguesia arrivista, controladora e excludente (BARROS, 2016, p.71).

A pesquisadora Adeliane Alves Barros na sua dissertação “*O Cemitério dos Vivos: A Experiência manicomial de Lima Barreto*” (2016) analisa a partir da “escrita de si” de Lima Barreto, em algumas obras do autor, a experiência manicomial a partir do próprio “louco” e a história das teorias psiquiátricas definidoras e legitimadoras daquilo que era normal e patológico através também dos documentos produzidos pela instituição responsável pela sua internação (prontuários médicos) e dos trabalhos voltados a pensar a psiquiatria e a loucura

como doença mental. Vejamos a seguir um trecho importante do prontuário referente a primeira internação do escritor Lima Barreto:

Afonso Henriques de Lima Barreto, 33 anos, solteiro e empregado público. Entrada em 18 de agosto de 1914. Diagnóstico: Alcoolismo. Inspeção geral: O nosso observado é um indivíduo de boa estatura, de compleição forte, apresentando estigmas de degeneração física. Dentes maus; língua com acentuados tremores fibrilar, assim como nas extremidades. [...] Memória íntegra, conhece e cita com bastante desembaraço fatos das histórias antigas, média, moderna e contemporânea, respondendo as perguntas que lhes são feitas, prontamente. Tem noções de álgebra, geometria, geografia. Nega alucinações auditivas, confirmando as visuais. Associações de ideias e imagens perfeitas, assim como perfeitas são a percepção e atenção. (BARROS, 2016, p. 87).

Ao analisar o trecho do prontuário percebe-se que existe por parte dos médicos uma fundamentação nos elementos físicos para explicar a suposta degenerescência dos sujeitos internados, além dos aspectos sociais, culturais e econômicos presentes na análise os “pacientes” de maneira preconceituosa e estigmatizante. Essa era a forma de elaboração do diagnóstico e os tratamentos desenvolvidos no Hospício Nacional de Alienados no começo do século XX. A teoria da degenerescência como diagnostico dos psiquiatras também estar presente em um trecho da obra de Lima Barreto que diante do diagnóstico do médico que afirmou que o crânio de Lima era alongado e de formato ovóide, características que configuravam degeneração e inferioridade intelectual afirmam como tristeza: “Sofri também mensurações antropométricas e tive com o resultado delas um pequeno desgosto. Sou braquicéfalo” (BARRETO, 2010 p.288)

Essas teorias e práticas excludentes estigmatizantes e civilizatórias da psiquiatria brasileira, é produto das concepções organicistas do século XIX, advindas, sobretudo da Europa e que se fundamentaram na questão da degeneração em sua dimensão social e enfrentou uma questão urgente à necessidade de reorganização social do novo cenário republicano. A urgência se dava em relação aos mecanismos de exclusão, função originária que conduziu historicamente a estruturação do saber psiquiátrico no Brasil. Precisava-se combater o desatino e a desordem social, criando o lugar e o saber sobre a loucura, separando-a da vida cotidiana e do progresso republicano.

Este ponto demarca a dimensão política da tarefa desempenhada pelos médicos voltados a curar e a separar o problema social da insanidade da vida comum. Dentro do aparato definidor dos meios para identificar o louco, nas origens do indivíduo estava à grande maioria das causas da insânia, percepção essa sustentada em teorias como a da hereditariedade e da degenerescência (BARROS, 2016 p.77).

Chamando a atenção para o peso da questão racial nos diagnósticos de loucura, Lima Barreto em sua obra “*Diário do Hospício e Cemitérios dos Vivos*” (1953) faz uma séria crítica às concepções organicistas e os estudos científicos desenvolvidos entre os séculos XIX e XX acerca da psiquiatria e da loucura e teorias da hereditariedade e da degenerescência formuladas por Auguste Morel, que tinham como pressuposto a ideia de que a deficiência mental seria uma evidência de degenerescência da espécie herdada geneticamente. A crítica em relação à lógica hereditária que recaía sob os sujeitos vistos como degenerados, difundida pelos psiquiatras. Especialistas era uma crítica também ao “sequestro, a interdição, a exclusão e a estigmatização – situações limites – que impediam diretamente a liberdade, atendendo a busca por controlar a vida privada e pública dos indivíduos, definindo os incapazes (BARROS, 2016, p. 89).

No que diz respeito ao asilamento e tratamento dos alienados Barreto mostra as situações deploráveis em que os asilados se encontravam, em péssimas condições de higiene e salubridade, submetida a tratamentos desumanos, quase sempre importados sem grandes cuidados da Europa, sobretudo da França. Afirma que nem todos os internos sofriam das “faculdades mentais” e muitos pacientes eram submetidos às sangrias, purgantes, opiáceos, contidos por camisas-de-força e imersos em banheiras de água morna ou fria onde permaneciam por longas horas.

Diagnosticado como alcoólatra<sup>34</sup> e neurastênico, sendo estigmatizado como louco e sofrendo perseguições da polícia, Lima Barreto escreveu sobre o universo do hospício e de seus sujeitos demonstrando forte lucidez ao empreender uma crítica ao hospício e à psiquiatria da Primeira República brasileira, assinalados pela sociedade racista, excludente e determinadora do que era ou não normal.

É um acerto de contas entre o intelectual transformado em louco e o social que o internou e o estigmatizou. O diário composto de memórias por vezes dispersas, por vezes precisas, apresenta o hospício com sua hierarquia, cotidiano, médicos, pacientes e funcionários, sob a voz do escritor e paciente, que, inserido naquele contexto, desenvolve uma autoconfissão de sua experiência. A internação à sua revelia, a crítica voraz ao social, os fracassos,

---

<sup>34</sup> Na biografia de Lima Barreto escrita por Francisco de Assis fica claro como nos intervalos e anos que o escritor esteve internado ele atingia o ponto alto de sua produção literária, escrevendo sua obra-prima *O triste fim de Policarpo Quaresma* em menos de três meses, além de *O homem que sabia Javanês*, em abril de 1911, e *A nova Califórnia*, em novembro de 1910, segundo nos aponta Francisco de Assis Barbosa, em *A vida de Lima Barreto*. Desse modo é possível questionar a visão fomentada pela ciência do período, que colocava o trabalho e o álcool em lados opostos, afirmando que o álcool anulava toda a capacidade de produção do indivíduo que, ao beber se tornava improdutivo, imoral e doente. (BARBOSA, Francisco de Assis. **A vida de Lima Barreto**. Rio de Janeiro: José Olympio; 1981. p.228).

as incertezas, os conflitos familiares, as crises existenciais, as análises acerca da loucura e de sua origem, a insatisfação com o sistema que o cercava, cheio de hipocrisias, desigualdades e injustiças, o escritor buscou resistir à desconstrução de si imposta pela instituição que padronizava e não dialogava com a heterogeneidade dos sujeitos, preservando o seu eu, pronunciando algo indizível ao universo da loucura através da sua fala, a fala de um “louco” (BARROS, 2016, p. 121).

Os desabafos e os sofrimentos narrados no “*Diário do Hospício*” (1953) tratam da degradação moral, da sensação de aniquilamento social, do aprisionamento físico e a fuga dos pensamentos como forma de não sucumbir àquela morte imposta pelo hospício. Assim, o testemunho de Lima Barreto, enquanto escritor e paciente psiquiátrico, enseja uma reflexão sobre a experiência da loucura sob a perspectiva daquele que a sofreu, elucidando processos particulares transformados em prontuários construídos na narrativa dos médicos que “anulavam os sujeitos, seus rostos e suas falas”.

### 2.2.2 - Misoginia e sexismo nos manicômios

A internação compulsória de muitas mulheres teve um aumento significativo segundo Engel (2001) e Cunha (1986), no período de modernização e urbanização do Brasil, principalmente depois da década de 1920. No entanto, as autoras destacam algumas diferenças entre homens e mulheres e enfatizam os discursos misóginos e sexistas dos médicos juristas e logo dos diagnósticos, dos tratamentos das mesmas dentro e fora dos manicômios. Desse modo, ao contrário dos homens, as mulheres são quase sempre internadas nos hospícios, a exemplo do Juquery em São Paulo, por alegados distúrbios relativos, sobretudo ao espaço que lhes coube na definição de papéis sexuais e sociais na esfera privada. No caso da loucura feminina, a transgressão não atinge apenas as normas sociais, senão à própria natureza, que a destinara ao papel de mãe e esposa. Isso revela que:

Na verdade, as regras do comportamento das mulheres estiveram, desde um amplo processo de elaboração de uma imagem feminina ideal, apenas relacionada à esfera corporal e familiar: boas mães, boas filhas, boas esposas. Se há um espaço social menor a ser ocupado, em função do estrito arcabouço de normas que lhes foram impostas, há, para as mulheres, menores ocasiões e oportunidades de transgressão. Neste sentido, a relação do distúrbio psíquico com a rigidez das regras de comportamento socialmente impostas é, na condição feminina, talvez mais evidente. (CUNHA, 1986, p. 143).

A mulher “estranha” é vista como ameaça também de outros pontos de vista, ou seja, “vestir-se de homem, viajar só. Recusar o casamento, a maternidade, a família. Manifestar uma independência essencialmente estranha àquela sociedade” (CUNHA, 1986, p. 144). Para

os padrões da sociedade burguesa e moderna os hábitos classificados de populares eram vistos como inferiores e desafiavam a ordem médica e social, que os transformou em imorais, doentios e improdutiva. As formas de lazer, de prazer e aquelas resultantes de suas próprias experiências individuais e singulares, vivenciadas em seus espaços que são tidos como desordem e assim empreenderam o controle dos hábitos e dos prazeres.

Em sua obra “*Espelhos do Mundo*” (1986), Maria Clementina Pereira Cunha denuncia a existência de muitos casos em que a internação de mulheres nos manicômios teve função de corretivos para aquelas que insistiam em fugir às normas que a definiam como um ser essencialmente subordinado, frágil e dependente. Um desses casos citados pela autora foi a de uma mulher de nome Eunice, professora internada pela família durante cinco meses e que em meio a uma suposta crise, os alienistas classificaram como “loucura maníaco-depressiva”, vejamos o que diz os médicos no seu prontuário pesquisado por Clementina:

Nossa doente é a última filha nascida e como tal sempre habituada a mimos e carícias excessivas. Muito inteligente, estudou na Escola Normal, onde salientou-se, recebendo sempre os maiores elogios, que a tomaram orgulhosa. Realmente os merecia, pois três anos após sua formatura foi nomeada diretora de grupo escolar em Santos. Ali, sempre se distinguiu, multiplicando a sua atividade. [...] Por uma futilidade, desgostou-se e pediu remoção para Araras; achou o meio muito acanhado para o seu talento e abandonou o lugar. Trabalhava demais: havia uma hiperexcitação intelectual; escrevia livros escolares que julgava modelos; fundava escolas noturnas; comprava livros e livros para ler; já neste tempo tornara-se completamente independente: não admitia intervenção ou mesmo conselhos dos pais ou irmãos mais velhos; confiava exclusivamente em si. - Prontuário de Eunice C., trinta anos, solteira, professora, procedente da capital, internada em 11-1-1910 (CUNHA, 1986, p. 151).

A narrativa médica demonstra a forma diferenciada como as mulheres eram avaliadas, fundamentando sua loucura na quebra dos padrões normativos estabelecidos para elas. O prontuário dar ênfase ao estado civil da paciente, visto que ser solteira aos trinta anos era um indício certo de problemas, “embora não haja nenhuma referência ao celibato como sintoma de desequilíbrio masculino” (CUNHA, 1986, p. 151).

As mulheres, na maioria das vezes, traziam consigo diagnósticos que indicavam distúrbios relativos à negação da aceitação dos papéis que lhes eram impostos no âmbito sexual e social, desrespeitando a esfera que lhes cabia: a privada. A imagem feminina ideal era a da boa mãe, da boa esposa, aquela que cumpria as regras morais, que não tinha vícios, que criava bons cidadãos e indivíduos saudáveis, além de servir a seus esposos provedores e de se resguardarem ao campo do privado, aceitando que a atuação no espaço público era premissa masculina.

As denúncias de interdições arbitrárias e as críticas ao isolamento total dos manicômios dispararam no início do século XX no Brasil. Exemplo disso foi o hospício de Juquery localizado em São Paulo que já começa a receber denúncias a partir dos anos de 1930, onde muitos denunciavam que no hospício o espaço físico era de péssimas condições, alimentação precária, para as pessoas internadas eram explícitas a diferença na forma como eram tratadas, percebia-se na vestimenta das pessoas indigentes, que era maioria, em relação aos pensionistas, advogados, professoras, militares, donas de casa e outras categorias, os mais pobres tinham que trabalhar e não poderiam escolher a comida, enquanto que, os de melhores condições a família mandava a comida. A polícia trazia das ruas os pobres, alcoolistas, “vagabundos”, negros, mulheres “prostitutas”, desempregados, operários, cozinheiras, barbeiros, enfim, era feita uma verdadeira ‘limpeza social’ (CUNHA, 1986, p.120).

As denúncias ao tratamento desumano, a degradação, a exclusão e a violação dos direitos humanos desse hospício revelam o processo de características da disciplinarização, controle e estigmatização dos loucos.

[...] do ponto de vista dos internos, as práticas médicas ditas de cura constituem parte indissociável do arsenal de violência destinado a docilizá-los e adestrá-los ao trabalho e demais rotinas asilares: banhos frios, quentes, ou alternadamente as duas coisas em banheiras ou engenhocas conhecidas como "duchas circulares", finalmente aposentadas por causarem seguidas mortes por afogamento; banhos quentes de imersão simultâneos à aplicação de capacetes de gelo na cabeça que duravam, no mínimo, várias horas; injeções de morfina, insulina ou outras substâncias sedativas que causavam grande desconforto físico; a "malarioterapia", que consiste na inoculação de malária no organismo do interno, particularmente recomendada para os doentes acometidos de paralisia geral (CUNHA, 1986, p. 84).

As denúncias de violências e de crueldades se espalham de forma significativa. Assim, seguindo os princípios de uma nova forma de administrar os hospícios e com objetivos de atingir algumas metas, as principais providências tomadas foram as retiradas das grades, a negação das camisas-de-força e o fim das celas de isolamento. O novo sistema de assistência defendia “a questão máxima liberdade possível e a questão do trabalho, ou seja, da produtividade, da transformação dos alienados em 'trabalhadores tranquilos'” (PORTOCARRERO, 2002, p.127). Vejamos abaixo algumas mudanças que serão efetuados em relação à forma de tratamento das doenças mentais e a administração dos manicômios.

### 2.3 - O PROCESSO DE MODERNIZAÇÃO DOS HOSPÍCIOS: AS REFORMAS PROPOSTAS POR JULIANO MOREIRA, AS COLÔNIAS AGRÍCOLAS E O MANICÔMIO JUDICIÁRIO

O início do século XX marca o surgimento de uma nova prática psiquiátrica, que abandona o sistema asilar fechado, baseado no princípio de isolamento de Esquirol, para investir num sistema de assistência aberto, que se funda sobre o princípio do *open-door* escocês, ou seja, o princípio da máxima liberdade possível. No regime do *open-door* os doentes podem transitar livremente no interior do asilo e, em certos casos, fora dele; nesse regime são banidos os asilos fechados, para que o doente não se sinta irritado, o que prejudica o tratamento. Em 1910, Juliano Moreira<sup>35</sup> explicita sua proposta “de retirar das instituições de assistência tudo aquilo que lembre caserna ou prisão, pois estas irritam o doente, atrapalhando o tratamento” (PORTOCARRERO, 2002, p.120).

Segundo Portocarrero (2002) para melhor compreendermos a psiquiatria brasileira no século XX é preciso investigar as mudanças do final do século XIX, a passagem de uma psiquiatria eminentemente moral, baseada na teoria de Esquirol para uma medicina mental baseada na teoria de Kraepelin<sup>36</sup>, o primeiro a se referir, em 1904, a uma "personalidade psicopática". Afirmou que a psicopatia é um campo intermediário entre os estados patológicos manifestos e os estados no limite das neuroses, pois “a psicopatia, dentro da concepção kraepeliniana, constitui deste modo "um grau prévio de psicose" (BITTENCOURT, 1981, p. 22) que pretende fundamentar cientificamente a prática psiquiátrica.

---

<sup>35</sup> Psiquiatra, mulato e de origem modesta, nasceu e se formou em Medicina na Bahia. Entre os anos de 1903 a 1930 ocupou o cargo de diretor geral da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal. Remodelou o antigo Hospício Pedro II (Após a Proclamação da República, passou a chamar-se Hospício Nacional de Alienados), retirando grades, abolindo coletes e camisas de forças. Em 1911, criou a Colônia de Engenho de Dentro e, em 1919, inaugurou o primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. É reconhecido por ter dado uma dimensão mais humana à ciência que professava e por não concordar que as variações psicológicas fossem manifestações advindas da cor, mas sim do nível de instrução e de educação do indivíduo, discordando de muitas posições de médicos de peso do período, como Nina Rodrigues, e de algumas teorias psiquiátricas francesas. De posicionamento progressista, Juliano Moreira foi uma figura intelectual de destaque. Participou da elaboração do corpo científico da psiquiatria brasileira no início do século XX, deu importância secundária aos elementos causadores da loucura pautados nas teorias da hereditariedade e raciais. Considerou como fatores de riscos mais influentes o alcoolismo, os efeitos neurológicos causados pela sífilis e as doenças degenerativas, e afirmou que existia uma forte relação entre ignorância e alienação mental. (BARROS, 2016, p. 75).

<sup>36</sup> Kraepelin, que em seu Tratado de Psiquiatria, de 1926, classifica, 'cientificamente', todos os casos de anormalidade, e de um modo geral, de um corpo conceitual que justifica, com base na medicina 'científica', o seqüestro do louco e a intervenção psiquiátrica sobre os indivíduos anormais. No concernente à prática, a ruptura se manifesta na criação de um sistema de assistência abrangente, que não se restringe mais ao doente mental, nem se limita ao espaço do asilo fechado, como no século XIX (PORTOCARRERO, 2002, p. 14).

Com Juliano Moreira<sup>37</sup> e Franco da Rocha<sup>38</sup>, implanta-se um sistema de assistência que ultrapassa os limites da psiquiatria do século XIX, que não se restringe mais a assistir ao louco, no espaço asilar determinado do hospício [...] Tal mudança evidencia uma descontinuidade na prática psiquiátrica, uma ruptura entre uma prática baseada no princípio do isolamento no hospício, até o final do século XIX, e um novo modelo, que comporta uma diversidade de formas, não mais necessariamente asilares, como as colônias agrícolas, o manicômio judiciário e a assistência familiar, além do próprio hospício. A nova concepção de hospício reflete o afastamento do princípio de isolamento e a rejeição de certas medidas de repressão física, como as grades e os coletes de força, utilizados anteriormente (PORTOCARRERO, 2002, p. 23)

Dessa forma, a prática psiquiátrica do século XX confere um caráter médico a outras instâncias da sociedade, de onde podem surgir os anormais. Mas, conforme Portocarrero (2002), essa medicalização é diferente daquela própria à psiquiatria do século XIX. Enquanto que, no século XIX, a medicalização das outras instâncias sociais está subordinada à medicalização do hospício, a partir de Juliano Moreira ela se exerce como sendo ela mesma um aspecto fundamental da prática psiquiátrica, na medida em que é necessária não apenas como auxiliar na medicalização do hospício, mas por ser imprescindível para debelar previamente o problema de alienação mental, presente em todas as instâncias da sociedade. Em outras palavras,

enquanto no século XIX a prática psiquiátrica é uma ação restrita à psiquiatrização do hospício e às medidas necessárias à sua realização, no século XX a medicalização das outras instâncias sociais origina novos espaços terapêuticos e preventivos, criando um sistema de assistência totalmente novo (PORTOCARRERO, 2002, p.102)

Essas transformações no contexto brasileiro estavam atreladas às mudanças nas teorias psiquiátricas europeias e sua repercussão no Brasil ocasionou uma reviravolta; gerou a

<sup>37</sup> Juliano Moreira representa o primeiro esforço de elaboração de um corpo teórico científico no Brasil, ao rejeitar a simples compilação das teorias psiquiátricas francesas. Ele introduziu, no início do século XX, o modelo teórico e assistencial baseado na psiquiatria alemã, representado pelo eminente psiquiatra Emil Kraepelin. Juliano Moreira ocupou de 1903 a 1930, o cargo de diretor geral da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal. Conseguiu a promulgação de uma lei de reforma da assistência a alienados. Remodelou o antigo Hospício de Pedro II (retirada das grades, abolição dos coletes e das camisas de força), onde instalou um laboratório. Criou, em 1911, a Colônia de Engenho de Dentro. Instaurou a admissão voluntária de insanos e assistência heterofamiliar. Em 1919, inaugurou o primeiro Manicômio Judiciário do Brasil (PORTOCARRERO, 2002 p. 12).

<sup>38</sup> Francisco Franco da Rocha nasceu em Amparo, cidade do interior paulista, em 1864, em pleno período escravocrata, Franco da Rocha muda-se novo para o Rio de Janeiro, para cursar Medicina. Naquela época, funcionavam duas Faculdades de Medicina: na Bahia e no Rio de Janeiro. Forma-se em 1890 com uma tese sobre “Perturbações do movimento nas moléstias mentaes” e retorna em 1892 para São Paulo incumbido de reformar e administrar a assistência aos alienados do Estado. Sua formação no seio de um republicanismo de viés autoritário, muito marcado pelo positivismo, coincidem com os interesses da administração paulistana. In BALAGUER, Gabriela. FRANCO DA ROCHA E OS PRIMÓRDIOS DA PSIQUIATRIA EM SÃO PAULO NO SÉCULO XIX. [on-line]. Disponível em: <https://www.seo.org.br/images/Anais/Arthur2/Gabriela%20Balaguer.pdf>. Acesso em 02 ago. 2021.

substituição do modelo teórico de Esquirol pela adesão à teoria de Kraepelin<sup>39</sup>. E assim, fundamentado no modelo teórico de Kraepelin, Juliano Moreira tenta trazer os psiquiatras brasileiros para essa racionalidade médica mostrando sua função de ciência de observação e, como tal, a recorrência à classificação como um balanço das aquisições obtidas. Defendia que quanto mais estabilizada a ciência, mais numerosas as classificações, pois expressam as tentativas dos investigadores ao trilharem os mais diversos caminhos do conhecimento. Desse modo, esse médico trará grandes mudanças na forma de pensar e gestar os tratamentos médicos para as doenças mentais e com ele ocorre

um deslocamento do campo de ação da psiquiatria de uma única modalidade asilar - o hospício -, ponto fundamental da prática psiquiátrica do século XIX, para diversas formas asilares, como a colônia agrícola e o manicômio judiciário, e mesmo não asilares, como a assistência hetero-familiar. São unidades criadas para assistir a um novo tipo de população que agora aparece também como objeto da medicina mental: a população dos desviantes, alcoólatras, sífilíticos, epiléticos, delinqüentes. Trata-se de estabelecer para esses grupos instituições especiais, adaptadas às suas necessidades (PORTOCARRERO, 2002, p. 108).

Esse novo modelo de prática terapêutica e preventiva ampliada inicia-se já a partir da última década do século XIX e expande-se a partir do século XX, quando a psiquiatria dirige-se ao indivíduo em todas as suas manifestações psíquicas patológicas, por ela reconhecidas, procurando saná-las nas suas causas mais remotas.

O hospício é reformado, a exemplo de Kraepelin, para se transformar num hospital com a aparência de um hospital comum, sem grades, nem muros altos, nem coletes de força. São criadas as colônias agrícolas, com trabalho, visitas aos pacientes e passeios ao ar livre, para manter uma ilusão de liberdade criada no paciente pelo *open-door*, que se completará com passeios aos domingos nos arredores das colônias, sobretudo com os pacientes, conforme propõe Juliano Moreira ao preconizar a criação de colônias para os epiléticos. A idéia de produzir uma ilusão de liberdade, suscitada nos pacientes por meio do *open-door*, demonstra o caráter sutil do exercício do poder da instituição psiquiátrica. Institui-se o sistema de assistência hetero-familiar, na periferia do hospital-colônia, exercida por empregados da colônia ou por sua família, em casinhas construídas pelo Estado. Enfim, cria-se uma série de modalidades de assistência que variam de acordo com o grau de liberdade que o doente pode ter, o qual será determinado pelo grau de disciplina e de capacidade para o trabalho (PORTOCARRERO, 2002, p.120).

A reforma do Hospício de Pedro II em 1903, por exemplo, baseia-se nos novos princípios da psiquiatria do século XX, quando a terapia não está mais relacionada ao

<sup>39</sup> “O modelo de Kraepelin foi bastante marcante nas investidas práticas de nossos psiquiatras, que deveriam, para alcançar seu objetivo de psiquiatrização e medicalização da sociedade, medicalizar não somente o hospício propriamente dito, reformando-o inteiramente, como também a sociedade inteira, apresentando medidas práticas totalmente novas” (PORTOCARRERO, 2002, p. 104).

princípio do isolamento, pois conforme Portocarrero (2002), o *open-door*, isto é, o princípio da máxima liberdade possível, possibilita ao interno a sensação de liberdade com a melhora do tratamento.

A divisão dos doentes, no novo hospício, em diversos tipos de asilos e no interior do espaço asilar deverá se adequar ao princípio da máxima liberdade possível, a qual será graduada pela capacidade do doente de trabalhar.

O primeiro critério de distribuição dos doentes, então, baseia-se na possibilidade do trabalho, ou seja, na questão da produtividade, que os separa primeiramente em inválidos, os que não podem trabalhar, e curáveis, passíveis de serem recuperados como força produtiva, ou crônicos, sem que com isso se pretenda inserir o hospício num esquema de produtividade que ofereça lucros a si mesmo ou ao resto da sociedade. A questão da produtividade nos asilos se coloca não como uma solução de problemas internos de ordem econômica, mas dentro de um contexto em que toda a população saudável e normal começa a ser compreendida como força produtiva, e a recuperação do alienado como o retorno ao normal, ao produtivo (PORTOCARRERO, 2002, p.128-129).

É necessário esclarecer a diferença entre a função do trabalho na terapia psiquiátrica do século XIX e na terapia do século XX. No primeiro caso, ele é moralizador, disciplinador e tem como objetivo auxiliar a transformar o doente anti-social, perigoso, em indivíduo dócil, disciplinado. No segundo caso, o trabalho também é moralizador e disciplinador, mas ele passa a ser, acima de tudo, critério de avaliação do grau da doença mental e de sua recuperação. O trabalho não é mais apenas uma técnica terapêutica, mas constitui um fator fundamental para discernir entre o indivíduo normal, socializado — que produz — e o anormal, degenerado – improdutivo (PORTOCARRERO, 2002, p.129).

Qual seria o sentido principal da incorporação do trabalho à vida manicomial? A lógica do trabalho, no interior das instituições como hospícios e colônias de alienados, seria romper com esses pesos mortos na economia social, tornando aproveitáveis sujeitos inúteis socialmente, dando-lhes uma falsa ideia de liberdade, para os casos das colônias onde os mesmos desenvolviam trabalhos agrícolas, podendo se afastar da área central de observância, além de diminuir o ônus que esses indivíduos geravam aos cofres públicos. Para Juliano Moreira, o trabalho era um forte regenerador que reintegrava os pacientes aos bons hábitos e que lhes asseguraria a sobrevivência após recebessem alta.

O trabalho era dividido por gênero e classe social, submetendo e controlando o contingente internado, sobretudo nas alas de indigentes, que abrigavam os mais pobres da sociedade, utilizados como mão de obra gratuita sob a justificativa da cura. Existe uma

relação da loucura com a questão do trabalho, onde o trabalho era dividido em atividades próprias para homens e outras para mulheres.

A questão do trabalho e da produtividade individual que estão na base da internação da grande maioria dos loucos que povoavam os pavilhões masculinos do Juquery: para os homens, os comportamentos mais visados e vigiados dizem respeito, sobretudo à sua existência como ser social, expresso em ações, relações, apresentação em público, participação no jogo social. Nestes eixos, o trabalho – ou a capacidade de trabalhar e desempenhar o papel de provedor da família – é a variável básica tomada pelos alienistas na construção dos casos psiquiátricos. Há desta forma, elementos de outra natureza – para além dos modelos teóricos do alienismo – que interferem nas formas de construção da loucura. Defendia-se que os alienados crônicos que podiam trabalhar, deveriam ser oferecidos trabalho nas colônias agrícolas, porém, “os alienados inválidos devem permanecer num pavilhão chamado hospício, para serem pouco a pouco assistidos pelas famílias, com uma liberdade proporcional ao seu estado físico e mental” (PORTOCARRERO, 2002, p.129). De acordo com Juliano Moreira, a começar pela capital devia-se construir:

pavilhões anexos, nos terrenos do Hospício Nacional; fundando a colônia agrícola - terreno vasto, próprio para agricultura e horticultura, nas proximidades da cidade, não somente para torná-lo facilmente acessível, como para facilitar estudos e consultas; compondo a colônia com pavilhões bem separados de homens e mulheres, e para os tranqüilos, os agitados, os dementes, os imundos, as crianças; construindo um hospital para as moléstias intercorrentes e para os feridos; fazendo um instituto para a educação das crianças e oficinas para adultos; instalando um laboratório para consultas (PORTOCARRERO, 2002, p.131-132).

O projeto de assistência familiar fundado em São Paulo por Franco da Rocha, nas proximidades da colônia agrícola de Juquery, é mais um elemento desse momento de ruptura entre a prática psiquiátrica do século XIX e a do século XX. Isso porque, embora atinja um número reduzido de doentes e de famílias, ressalta o projeto de psiquiatrização não só do louco, como no século XIX, mas da sociedade inteira, por meio de diversos focos de intervenção da psiquiatria sobre os indivíduos. A assistência familiar ao alienado poderia ser instituída nas casas de família próximas ao asilo, caso as pessoas que se propusessem a auxiliar nesse tipo de assistência fossem idôneas. Nesse sentido,

Orientava-se que poderiam ser construídas pelo governo pequenas casas na periferia da colônia, e entregues aos bons enfermeiros, cujas famílias se encarregariam de cuidar dos doentes [...] Por essa razão, Juliano Moreira apoia os planos de Franco da Rocha de atribuir a algumas famílias a função

de auxiliar o Hospital-Colônia de Juquery, em São Paulo (PORTOCARRERO, 2002, p.135).

Tal controle se exerce também na seleção das famílias que cooperarão com a assistência familiar, que deverão comprovar-se idôneas, na concepção dos psiquiatras, para esta tarefa:

Anexo ao hospital-colônia, em seus limites, deve o Governo construir casinhas para alugar às famílias dos bons empregados, que poderão receber pacientes suscetíveis de serem tratados em domicílio: far-se-á assim assistência familiar. Se nas redondezas houver gente idônea a quem se possam confiar alguns doentes, poder-se-á ir estendendo essa assistência heterofamiliar e até se tentar a homofamiliar (Moreira, 1910, p. 384).

Conforme Portocarrero (2002), Juliano Moreira preconiza a ajuda financeira do governo aos encarregados dos cuidados do louco e, sobretudo, à supervisão a ser realizada por pessoal especializado, fazendo aparecer, assim, uma nova forma de atuação - indireta - da psiquiatria fora dos limites do hospital.

Outra mudança importante foi em 1903 a construção de manicômios judiciários em todos os estados ou, em caso de impossibilidade, a delimitação de pavilhões especiais para doentes mentais infratores nos hospitais psiquiátricos. Tal mudança foi legitimada a partir do decreto federal de nº 1.132 e foi a partir desse decreto que se instituiu a Seção Lombroso no Hospício Nacional, especialmente destinado ao recolhimento destes indivíduos. Porém, só em 1921 foi criado o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, ficando o psiquiatra Heitor Carrilho encarregado de sua direção. (COSTA, 2017). Reafirmou-se a conexão entre a Justiça e a Psiquiatria, com o tratamento sendo associado ao posicionamento legal. O psicopata passou a ser visto segundo os enfoques jurídicos e médico, na medida em que sua mera existência era uma questão de ordem pública, em razão do potencial de periculosidade (MACEDO, 2006).

Como é possível perceber, a história do Manicômio Judiciário demonstra a existência de dois discursos que permeiam a instituição desde o seu nascimento: o psiquiátrico e jurídico. Ambos funcionam como forças que justificam a função disciplinar da instituição. Ele nasceu com uma missão de segregar os considerados “loucos infratores” dos indivíduos apenas considerados loucos [...] Foi utilizada diversas vezes para outros propósitos e seus internos tiveram seus direitos violados inúmeras vezes (COSTA, 2017, p. 159).

Denuncia-se que muitos desses manicômios judiciários, a exemplo do Franco da Rocha na década 1970, se utilizavam de procedimentos que causavam muito sofrimento e efeitos colaterais. Dentre as terapias então utilizadas encontram-se a malarioterapia e a

traumoterapia (TAVOLARO, 2002). A primeira consistia na inoculação do vírus da malária no paciente para que, através da febre e de tremores, surgisse a cura. A segunda, baseava-se em terapias ligadas à violência corporal como pancadas em determinadas partes do corpo, jatos de água, choques, dentre outras. A droga mais temida pelos pacientes era o famoso “sossega-leão”, ou seja, a Escopolamina. A eletroconvulsoterapia, mais conhecida por eletrochoque<sup>40</sup>, era uma terapia muito utilizada nos pacientes do manicômio judiciário. De acordo com Tavolaro (2002), ela era realizada em uma pequena sala, à prova de som, no segundo andar do prédio. Dentre seus efeitos colaterais encontram-se a dor de cabeça, alteração lógica do pensamento e da memória.

Verifica-se que o processo de modernização dos manicômios não significou ganhos para os internos e suas famílias, ao contrário, muitos tratamentos instituídos no contexto dos anos de 1930/40 são considerados ultrapassados e de violação dos direitos humanos<sup>41</sup> recebendo críticas nesse contexto e em especial no final dos anos de 1960 e início dos anos de 1970 com o Movimento Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica a nível internacional e no contexto brasileiro.

#### 2.4 - A REFORMA PSIQUIÁTRICA, O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL NO BRASIL E A IMPLANTAÇÃO DE NOVAS REDES DE ASSISTÊNCIA (1970/90)

Os efeitos perversos da institucionalização da loucura foram denunciados por um dos maiores ativistas na luta antimanicomial na Itália nos anos de 1960: Franco Basaglia<sup>42</sup>. Ele denunciava os efeitos da internação como “duplo da doença mental”, ou seja, o internado era

<sup>40</sup> “A eletroconvulsoterapia existe, desde 1938, para tratamento de doenças mentais, mas seu uso, no século passado, foi muito controverso. A tecnologia do eletrochoque se modernizou há um par de décadas, sendo utilizada nos dias atuais com fins terapêuticos para alguns tipos de transtornos, como a depressão profunda, embora existam correntes contrárias ao seu uso. No Brasil, o método só passou a ter mais controle em 2002, quando o Conselho Federal de Medicina estabeleceu regras específicas para a adoção da técnica, como a necessidade de aplicar anestesia geral. Além da anestesia, a utilização de relaxantes musculares ameniza as convulsões, mas nem sempre foi assim. No Colônia, o choque era aplicado a seco e tinha características semelhantes à tortura” (ARBEX, 2013, p.32).

<sup>41</sup> A Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada em 10 de dezembro de 1948 pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, trata-se de um documento marcante que estabeleceu a proteção dos direitos humanos à nível mundial.

<sup>42</sup> Franco Basaglia nasceu em Veneza, a 11 de março de 1924, no seio de uma família rica que reconhecia o Estado fascista. Teve uma infância e adolescência felizes, no bairro San Polo, um característico bairro de Veneza. Após completar seus estudos clássicos, em 1943, matriculou-se na Faculdade de Medicina da Universidade de Pádua. [...] Em 1949, apesar da guerra e da prisão, Basaglia formou-se em medicina e dedicou todo o decênio seguinte ao estudo da psiquiatria e da filosofia. [...] Durante esse período, Basaglia desenvolveu grande atividade intelectual, com uma sucessão de trabalhos escritos, publicações científicas, comunicações em conferências e congressos sobre os mais diversos transtornos mentais encontrados na prática clínica: esquizofrenia, estados obsessivos, hipocondria, despersonalização somatopsíquica, depressão, síndrome paranoide, anorexia, distúrbios relacionados ao abuso de álcool, entre outros (SERAPIONI, 2019, p. 1172).

objeto de uma violência institucional que atua em todos os níveis “ [...] O nível de degradação, objetivação, aniquilação total, que se observa, não é a pura expressão de um estado de morbidade, mas sim o produto de uma ação destrutiva de uma instituição cujo objetivo era a proteção das pessoas saudáveis contra a loucura (BASAGLIA, 1968, p. 128)

Pessotti (2001) reforça que o saber e poder da intervenção médica sobre os loucos nos manicômios só começou a ser desmitificada pela necessidade de se diminuir a superlotação dos manicômios devido ao aumento de internações, ao custo da loucura para os cofres públicos. As soluções propostas foram abrigar o “paciente” juntamente com a família, bem como a construção de colônias agrícolas nos asilos, ou seja, ideias que buscam solucionar questões exclusivas do Estado e da sociedade, sem benefício algum para os internos. Nesse viés, Amarante vai criticar a institucionalização da loucura e do louco, afirmando que a:

desinstitucionalização é um processo ético porque, em suma, inscreve-se em uma dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência. É manifestação ética, sobretudo, se exercitada quanto ao reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos, de novas possibilidades de subjetivação daqueles que seriam objetivados pelos saberes e práticas científicas, e inventa - prática e teoricamente - novas possibilidades de reprodução social desses mesmos sujeitos (AMARANTE, 1996, p. 115).

A violência, o sofrimento e a exclusão citados por Amarante, são constantes no interior das instituições psiquiátricas que utilizavam todas as formas para que o controle fosse mantido a todo o custo. Seja de caráter coercitivo ou corretivo, essas práticas visam à manutenção da disciplina em todos os setores. Dentre essas práticas, como o eletrochoque e o uso imoderado de medicamentos. Práticas constantemente criticadas pelos antipsiquiatras, pelos adeptos da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização da loucura, justamente por apresentarem um caráter mais punitivo e disciplinador que curativo (OLIVEIRA, 2012).

Basaglia considerava a psiquiatria italiana atrasada e não eficiente, pois tinha quase cem mil pessoas internadas em manicômios no início dos anos de 1960, comparando-se a outros países (França, Reino Unido, Alemanha e Estados Unidos), países que tinham a lógica dominante na investigação acadêmica. Afirmava que “as clínicas psiquiátricas das universidades não tinham conseguido reverter o modelo assistencialista vigente na Itália; aliás, haviam reforçado a tendência asilar e repressiva”. (SERAPIONI, 2019, p. 1172) Esse psiquiatra ativista na luta antimanicomial cobra que

a psiquiatria asilar reconheça, enfim, ter fracassado em seu encontro com o real, equivocando-se da verificação que – através daquela realidade – poderia ter efetuado. Uma vez que a realidade lhe escapou, ela limitou-se a

continuar fazendo “literatura” elaborando suas teorias, enquanto o “doente” se via pagando as consequências dessa fratura – encerrado na única dimensão considerada adequada a ele: a segregação (BASAGLIA, 2005, p.69.).

A institucionalização é terrível, pois ela traz,

complexo de 'danos' derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem às regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, é expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do eu, o induz a um vazio emocional (AMARANTE, 1996, p. 84).

Para Basaglia, em “*A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do “espaço fechado”*” (2005), no campo da psiquiatria e da saúde mental, a experiência da institucionalização altera a experiência da “alienação” ou do sofrimento mental. O “poder institucionalizante” é entendido o conjunto de forças, mecanismos e aparatos institucionais que exclui e aguça o sofrimento do “paciente”.

Os processos de subjetivação, des-historização e perda das redes de relações, decorrentes da institucionalização dos sujeitos que sofrem, configuram uma verdadeira máquina de desfiguração da subjetividade e das possibilidades expressivas e sensíveis, de modo que já não se originam comportamentos e sintomas que derivam da “doença mental” ou do quadro de crise psiquiátrica que leva à internação, mas sim são efeitos da institucionalização, por meio da “mortificação do eu” (Goffman, 1978) e da destruição da subjetividade, gerando o que Franco Basaglia chamou de “duplo da doença mental” (AMARANTE; TORRE, 2018, p. 1094).

Desse modo, para Basaglia<sup>43</sup>, a psiquiatra deve realizar uma operação prático-teórica de afastar as incrustações, as superestruturas, produzidas tanto no interior da instituição manicomial, em decorrência da condição do estar institucionalizado, quanto no mundo externo, em consequência da rotulação social que é fortemente autorizada pelo saber psiquiátrico. Assim, mudar a psiquiatria é mudar a instituição e suas práticas; mudar a instituição e suas práticas é mudar o saber psiquiátrico. Embora a ação prático-teórica seja voltada num primeiro momento para o problema do manicômio, o projeto de transformação

<sup>43</sup> No contexto italiano as primeiras iniciativas de reforma, por parte de Basaglia, foram a proibição do uso de eletrochoque do hospital de Gorizia, retirada das grades das janelas e a remoção das camisas de força que colocavam nos pacientes mais inquietos, incapacitando-os de se moverem. A experiência italiana teve um aspecto diferencial da brasileira para se firmar, que foi a Lei 180 da Revisão Psiquiátrica Italiana (Itália, 1978) que determinou a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos no país e revogou o artigo do Código Penal Italiano que atrelava o caráter do acometido ao de periculosidade criminal, não possibilitando mais internamentos de duração indeterminada (SERAPIONI, 2019).

iniciado por esse psiquiatra não se restringe ao hospital psiquiátrico. O médico inspirou, em 1973, a criação da Lei de nº 180, em vigência até hoje na Itália. A norma que leva seu nome estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos (ARBEX, 2013).

Em julho de 1979, Basaglia<sup>44</sup> o psiquiatra italiano desembarcou no país para uma série de visitas aos hospícios brasileiros. Ao tomar conhecimento da vinda do mesmo, o psiquiatra mineiro Antônio Soares Simone, convidou o colega para visitar Minas, a fim de apresentar a ele as instituições psiquiátricas públicas que foram: O Instituto Raul Soares, Hospital Galba Veloso, ambos na capital, e o Hospital Colônia em Barbacena (ARBEX, 2013). O psiquiatra saiu horrorizado do local e ao dar entrevista à imprensa disse: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta.” (ARBEX, 2013). Naquele mesmo ano, a vinda ao Brasil de tal psiquiatra, pioneiro na luta antimanicomial, garantiu visibilidade mundial ao tema da loucura e à forma como ela vinha sendo tratada no Brasil, a exemplo de Minas Gerais.

A repórter Daniela Arbex pesquisou o Hospital Colônia de Barbacena<sup>45</sup> em Minas Gerais no ano de 2011, devido a uma denúncia da imprensa e transformou o documentário em livro intitulado, *Holocausto Brasileiro, vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil (2013)*. Retrata depoimentos de alguns internos, nos anos 1960 e 1970 que sobreviveram a esse verdadeiro massacre e compara a um campo de concentração nazista e denuncia que:

a maioria eram internados sem diagnósticos de transtornos mentais, tais como: epiléticos, alcoolistas, homossexuais, mendigos, pobres, negros, militantes políticos, pessoas sem documentos, prostitutas, pessoas tristes, moças que perderam a virgindade antes do casamento, crianças que nasceram com doenças genéticas, e outras situações. Homens, mulheres e crianças vinham de trens, viatura policial ou ônibus. A maioria era indigente. As crianças e mulheres expostas à violência sexual. Muitos bebês foram roubados de suas mães. As mortes por fome, sede, choques elétricos eram contínuos, em um ambiente insalubre e desumano, trabalhos forçados e sem remuneração. Quase todos eram levados à força para ser internados e

---

<sup>44</sup> Basaglia fez duas viagens ao Brasil, onde foi convidado a compartilhar sua experiência e falar sobre o que havia realizado na Itália em matéria de desinstitucionalização psiquiátrica. São famosas as 14 conferências proferidas no Brasil – em São Paulo, nos dias 18, 20, 21 e 22 de junho; no Rio de Janeiro, nos dias 26, 27, 28 e 29 de junho; e em Belo Horizonte, no dia 7 de julho e 17, 19 e 21 de novembro – ante uma audiência composta não só por profissionais (psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas etc.), bem como sindicalistas, políticos, professores, estudantes e pessoas comuns (SERAPIONI, 2019).

<sup>45</sup> “O Hospital Colônia de Barbacena, atual Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, foi criado em 1903. Na década de 1930 a cidade de Barbacena, que em função do grande nosocômio recebia pacientes de todo o estado, foi apelidada de “Cidade dos Loucos”. Na instituição já se contabilizou algo em torno de 100 óbitos em um único inverno, o que fez com que ficasse conhecida por ser uma das principais fornecedoras de cadáveres para faculdades de Medicina de todo do país” (PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBACENA. Barbacena - Antigo Hospital Colônia. [on-line] Disponível em: <<http://www.ipatrimonio.org/barbacena-antigo-hospital-colonia/#!/map=38329&loc=-21.20540599999993,-43.786491,17>>. Acesso em 08 ago 2021).

perdiam a sua própria identidade, sendo chamado não pelo nome e sim por um número, a maioria viviam nus, poucos vestiam roupas (uniformes azuis) que pareciam trapos, os “colchões” eram de capim, para matar a sede algumas vezes bebiam água do esgoto e urina, tinham acesso a poucas refeições pobres de nutrientes, ficavam debilitados, alguns internos comiam ratos, os cabelos dos homens eram raspados, os corpos (cadáveres) eram vendidos para universidades e outras instituições para pesquisas. Quando não se encaixavam nas regras, tomavam banho numa banheira com fezes. Era utilizada também a lobotomia<sup>46</sup>, o sangue era retirado dos internos, para aplicar nos mais debilitados (ARBEX 2013, p. 25).

Arbex faz uma crítica à ausência do Estado e de parte da sociedade acusando-os de serem coniventes com essa barbárie. Informa que foi somente a partir de denúncias de alguns psiquiatras que eram funcionários que este genocídio que violaram os direitos humanos por várias décadas veio a público. As pessoas internadas de forma compulsória e vivendo em condições cruéis eram indesejadas pela sociedade e pela família e eram invisíveis socialmente e foram jogadas nesses espaços, muitas vezes sem retorno. Era a chamada limpeza social.

Sessenta mil pessoas perderam a vida no Colônia. As cinco décadas mais dramáticas do país faz parte do período em que a loucura dos chamados normais dizimou, pelo menos, duas gerações de inocentes em 18.250 dias de horror. Restam hoje menos de 200 sobreviventes dessa tragédia silenciosa (ARBEX, 2013, p.24).

Essas denúncias irão dar apoio ao movimento antimanicomial, que buscam a partir dessas experiências genocidas, legitimar e justificar o fim dos manicômios e a substituição por redes de atendimentos alternativos.

Essas discussões frente à desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil que começam a partir da década de 70 do século XX, com propostas de mudanças no tratamento psiquiátrico que deveria sair da internação hospitalar para alternativas de atendimento na comunidade, não ocorrem de forma imediata. O que de fato aconteceu de início, foi uma diminuição mais acelerada dos leitos psiquiátricos públicos em comparação com os privados, não havendo uma correspondente implantação de serviços alternativos na comunidade e nem um aumento significativo de unidades psiquiátricas em hospitais gerais para suprir a demanda. Os pacientes dos hospitais públicos não passaram a ser atendidos nos centros comunitários e sim transferidos para clínicas conveniadas, num processo de transinstitucionalização. (AMARANTE, 1998).

---

<sup>46</sup> “Lobotomia é uma intervenção cirúrgica no cérebro para seccionar as vias que ligam os lobos frontais ao tálamo era recorrente no Colônia. Embora tenha sido considerada uma técnica bárbara da psicocirurgia, a lobotomia ainda é realizada no país” (ARBEX, 2013, p.46).

Assim, no campo teórico-conceitual dos referenciais do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM<sup>47</sup>, com o lema 'por uma sociedade sem manicômios', ressurgiram o projeto da desinstitucionalização na tradição basagliana, que passava a ser um conceito básico determinante na reorganização do sistema de serviços, nas ações de saúde mental e na ação social do Movimento (AMARANTE, 1998).

Seja como for, penso que nos anos 1970-1980, psicanalistas, psiquiatras e outros trabalhadores de saúde mental comprometidos com a reforma conseguiram obter um consenso mínimo sobre o valor das "micropolíticas" de resistência ao regime ditatorial. Era como se a rivalidade decorrente do narcisismo das pequenas diferenças psiquiátrico-psicanalíticas tivesse vivido, de forma implícita, uma trégua tática. A violência da ditadura era o inimigo maior, e a luta pela humanização dos manicômios, pela despsiquiatrização das vidas e pelos experimentos culturais informados pelos pensadores pós-estruturalistas, sobretudo os franceses, parecia à resposta possível e desejável à opressão (COSTA, 2014, p. 1026).

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Historicamente contextualizado no final dos anos 70 do século XX, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças diversas e que incide em vários territórios nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com “transtornos” mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e ocorre em um contexto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais e no cotidiano da vida das instituições.

---

<sup>47</sup> “Já em 1978, quando o MTSM foi constituído, existiram várias atividades importantes para seu reconhecimento, com destaque para o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú (SC), praticamente ocupado pelos participantes do movimento e para o I Simpósio Sobre Políticas Grupos e Instituições, no Copacabana Palace, para o qual vieram personalidades internacionais de renome [...] Ainda em 1978, o MTSM se aproximou do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), passando a organizar Comissões de Saúde Mental em alguns dos estados onde a entidade era mais presente (RJ, SP, MG, BA). O relatório elaborado pela comissão do Rio de Janeiro viria a ser apresentado no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, no mesmo dia em que o CEBES apresentou o documento “A questão democrática na área da Saúde”, no qual foi apresentada a proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS)” (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2068).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. Assim, é na década de 1990 que começa a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. É sobre essas novas modalidades de políticas públicas de saúde mental no Brasil e suas formas, procedimentos de gestão, disciplinarização e normatização das doenças mentais que iremos trabalhar no terceiro capítulo.

### **CAPÍTULO 3 - AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: A IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE APOIO PSICOSSOCIAL NAS ÚLTIMAS DÉCADAS E A REGULAMENTAÇÃO DOS CAPS NA PARAÍBA/JUAZEIRINHO.**

*“O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com a outra. O que cura é a alegria, o que cura é a falta de preconceito” (Nise da Silveira).*

Como já foi mencionado anteriormente, nesse terceiro capítulo iremos trabalhar o processo de substituição dos manicômios como instituições de “tratamento” das “doenças” mentais para as denominadas terapias substitutivas que irão ocorrer com a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), rede da qual fazem parte várias modalidades tais como: Residências Terapêuticas (RTs), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Programa de Volta para Casa e outros dispositivos.

Desse modo, a análise das regulamentações dos CAPS, dos procedimentos e terapêuticas e das representações médico-sociais da saúde mental e, logo, das definições de doenças mentais e as respectivas terapias prescritas, será o caminho percorrida aqui nessa parte do trabalho.

As denúncias e críticas feitas aos hospitais psiquiátricos e suas formas de tratamento das doenças mentais, desde sua fundação, ainda no final do século XIX, e durante todo século XX, seja pelos médicos, entidades de saúde, de defesa dos Direitos Humanos e até pelos próprios internos, a exemplo do escritor Lima Barreto que analisamos no capítulo 2, chegam até a primeira década do século XXI, anteriormente à implantação dos CAPS.

Essas denúncias acontecem de forma gritante em pleno século XXI, o que demonstra como no contexto brasileiro, a psiquiatria tradicional e disciplinarizadora foi e, ainda é predominante. Uma das mais impactantes denúncias e que ganhou grande visibilidade nacional, foi da repórter Daniela Arbex que produziu um documentário e um livro sobre a experiência e o horror vivenciados pelos internos do Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais no ano de 2011. É importante enfatizar que nesse contexto de primeira década do século XXI, as novas políticas públicas de saúde mental, as legislações e regulamentações dos chamados sistemas substitutivos aos manicômios, já tinham sido publicados e oficializados desde os anos de 1990, em especial os CAPS. Isso significa que mesmo já ocorrendo à substituição (mesmo que de forma lenta e gradual) dos internamentos longos e permanentes por outras formas de terapias para os tratamentos das doenças mentais, ainda

existiam muitos silêncios dos horrores de um passado recente, se mantendo, algumas vezes, práticas abominadas por médicos e pelas entidades de saúde e de defesa de Direitos Humanos.

O livro que faz essa denúncia da referida repórter é intitulado: “*Holocausto Brasileiro, vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*” (2013), o qual retrata depoimentos de alguns internos, nos anos 1960 e 1970 que foram sobreviventes desse verdadeiro massacre, comparado pelo famoso psiquiatra italiano, Basaglia, a um campo de concentração nazista. Ficou conhecido como “indústria da loucura”, porque era vantajoso aumentar o número de internos, faturava cada dia mais, recebia inclusive crianças e a forma como era tratada, com total desumanização, como se fossem meros objetos, uma barbárie sem tamanho e o mais preocupante era o descaso do Estado e da sociedade, todos silenciosos e/ou silenciados diante da total violência de todos os tipos para com os internos. Era esse o projeto de modernidade? Enclausurar as pessoas, como se fossem prisioneiras, excluídas da família e do seu meio social, tratadas como “lixo humano”, descartáveis e privadas de sua liberdade. As identidades desses sujeitos eram negadas, não sendo identificados pelos nomes. O passado era deixado para trás, esquecido e os uniformes utilizados por eles eram parecidos com os dos prisioneiros em um campo de concentração, todos muito parecidos, na forma de vestir e os cabelos dos homens raspados.

Tais denúncias e críticas começam a ficar acirradas desde os anos 70 do século XX, quando o movimento antimanicomial ganha força no Brasil na defesa da Reforma Psiquiátrica. Porém, antes disso, já na década de 50 do mesmo século, a psiquiatra Nise da Silveira já reivindicava e defendia transformações profundas na forma de atuar e lidar com as doenças mentais. Na sua afirmação, usada como epígrafe acima, quando diz “O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com a outra. O que cura é a alegria, o que cura é a falta de preconceito” mostra a nova concepção de tratamento que a mesma defendia. Ela buscou fazer uma verdadeira revolução na forma de gestar essas instituições e de prescrever terapêuticas para os sujeitos diagnosticados como loucos. Inicia o seu trabalho em 1944 no hospício situado no bairro Engenho de Dentro, Rio de Janeiro, hoje denominado Instituto Municipal Nise da Silveira<sup>48</sup>.

---

<sup>48</sup> Nise Magalhães da Silveira é natural do Estado de Alagoas, nasceu em 1926, formou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1926 e dedicou-se à psiquiatria. (BRASIL, INTERNET). O filme “Nise: O coração da loucura” (BERLINER, 2015) retrata a trajetória da psiquiatra alagoana, que era a única mulher no universo masculino. Ao se deparar em um ambiente hostil, como foi recebida no hospício, ficou indignada com os métodos cruéis, tais como: lobotomia, eletroconvulsoterapia, insulino terapia e a internação (que mais parecia uma prisão) que eram utilizados no tratamento para os esquizofrênicos agudos e para as convulsões, não aceitava essas formas de “tratamentos”, pois eram muito agressivas. Ela criou a sessão terapêutica ocupacional, que seria de acordo com as necessidades e habilidades de cada um, houve muita resistência, por parte do diretor, dos psiquiatras e dos demais funcionários, porém, não desistiu e encontrou um dos funcionários que começou a

Assim como o escritor Lima Barreto se utilizou da escrita literária para denunciar os horrores dos hospitais psiquiátricos das primeiras décadas do século XX, Austregésilo Carrano Bueno<sup>49</sup>, também se utilizou da literatura para fazer críticas e narrar suas experiências de interno no hospital psiquiátrico na cidade de Curitiba nos anos de 1970. Foi através de seu livro o “*Canto dos malditos*” publicado pela primeira vez em 1990 que fez tais denúncias. Vejamos o que nos diz sobre sua experiência de aprisionamento manicomial:

Seqüelas não acabam com o tempo. Amenizam. Quando passam em minha mente as horas de espera, sinceramente, tenho dó de mim. Nó na garganta, choro estagnado, revolta acompanhada de longo suspiro. Ainda hoje, anos depois, a espera é por demais agonizantes. Horas, minutos, segundos são eternidades martirizantes. Não começam hoje, adormeceram, a muito custo... Comigo. Esta espera, oh Deus! É como nunca pagar o pecado original. É ser condenado à morte várias vezes. Quem disse que só se morre uma vez? Sentidos se misturam, batidas cardíacas invadem a audição. Aspirada à respiração não é. introchada. Os nervos já não tremem... Dão solavancos. A espera está acabando. Ouço barulho de rodinhas. A todo custo, quero entrar na parede. Esconder-me, fazer parte do cimento do quarto. Olhos na abertura da porta rodam a fechadura. Já não sei quem e o que sou. Acuado tento fuga alucinante. Agarrado, imobilizado... Escuto parte do meu gemido. Quem disse que só se morre uma vez? (CARRANO, 2004, p.5).

Conforme Oliveira (2012, p.9), a obra de Carrano, nos mostra como o universo da loucura é um universo triste e solitário, vivendo-se de forma cruel a experiência do desamparo. Excluídos da sociedade e, na maioria das vezes, abandonados por seus familiares, os internos pareciam mais animais que seres humanos, suas condições eram deploráveis, vivendo como “uma espécie de cadáveres de almas frias. Vivos, mas sem nenhuma perspectiva. Num ambiente que parecia uma prisão, com um muro de cinco metros de altura.”

---

auxiliar nas oficinas. Outro fator importante na sua atuação, era a forma carinhosa como tratava os internos, os chamava pelo nome e dizia que eram seus clientes. Os internos tiveram muitas dificuldades de adaptações, porque o tratamento anteriormente era á base de eletrochoque e dos medicamentos. Outro método sugerido e colocado em prática era o contato dos internos com animais, que geravam afeto, para auxiliar no tratamento, foi percebido visivelmente a melhora nos usuários, no entanto, o diretor foi contra. Um dia, os animais (cachorros) apareceram mortos e os internos se revoltaram, assim como, a médica Nise. Para a psiquiatra, “o que eles falam é a obra prima do nosso trabalho”. A partir dessas terapias ocupacionais nos ateliês realizados pelos os usuários, eram inúmeros trabalhos manuais, decidiu fazer uma exposição, fundou o Museu Imagens do Inconsciente em 1952, no Rio de Janeiro.

<sup>49</sup> Carrano foi militante do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), no combate a preconceito e a exclusão social das pessoas em sofrimento psíquico, acarretando a progressiva extinção dos manicômios e de novos modelos mais dignos de tratamento psiquiátrico. Foi também membro da Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde. Foi ator e autor de peças de teatro e de outras obras de ficção. Carrano faleceu aos 51 anos, no ano de 2008, resultante de um câncer no fígado. (BRASIL, INTERNET). Baseado na sua obra, o filme “Bicho de Sete Cabeças” estreou no Brasil em 2001, inspirado no livro “Contos dos Malditos” e dirigido por Lais Bodonzky, conta a vida de um jovem que usava maconha, consumia álcool e foi internado à força pelo seu pai. O filme mostra também as más condições em que o jovem vivia em um hospital psiquiátrico, sem as mínimas condições de higiene, má alimentação, torturas, maus tratos e medicação excessiva, (que faz engordar) sem passar por avaliação do psiquiatra e sem diagnóstico. (ALEIXO, 2020).

Segundo o próprio Carrano o seu internamento foi forçado, situação que configura-se como sequestro do sujeito pelo poder institucional e disciplinar da psiquiatria, conforme preconiza Foucault. A argumentação familiar para solicitação da internação de Carrano foi que seu pai teria encontrada um papelote de maconha no bolso de seu casaco, a partir daí o levou sem o seu consentimento para interná-lo. No entanto, não acreditava que o pai tivesse feito aquilo sem ao menos ter falado com ele. Em desespero se lamentava pela tragédia tentando, sem sucessos, provar a sua inocência. Além dessas justificativas familiares tinham as sociais e políticas tais como:

[...] Austregésilo, um adolescente caracterizado pela rebeldia, usava roupas exóticas, cabelos longos, era o período da ditadura militar dos anos 1970. Aos olhos do Estado, certamente, representavam um perigo, uma vez que questionava o exercício do poder. Comportando-se na contramão do sistema, negando suas normas e suas ordens (OLIVEIRA, 2012, p. 7).

Assim como Lima Barreto foi um indivíduo que fez críticas ao sistema econômico, político e social do Brasil do início do século XX, Austregésilo também denunciou e criticou a autoritarismo e as arbitrariedades do regime ditatorial no Brasil das décadas de 60 e 70. Desse modo, foi alvo de tentativa de controle e repressão, tanto por parte da sociedade de forma geral, como pelo sistema político e os valores de uma família tradicional e moralista. O próprio Carrano afirma em sua obra que foi submetido a tratamento com medicamentos fortes para obrigá-lo a dormir (silenciando-o), sem nenhum tipo de exame. Essa prática demonstra como ocorre a transformação do sujeito em um corpo interditado, domesticado e disciplinado pelos medicamentos. O desespero que ele vivia era compartilhado por muitos ali que tinham alguma consciência, pois segundo Carrano o que ele viu e viveu no manicômio foi um verdadeiro horror:

[...] pareciam à degradação de uma raça sobrevivente de uma guerra nuclear. O desespero em seus olhares, o medo em seus atos... a individualidade em suas fantasias, apenas quebradas por algum ato de violência de um para com o outro. Aquele canto era qualquer coisa diabólica. Como se o demônio tivesse comando de suas mentes, nelas derramando sua ira e divertindo-se em atormentá-los. Aquilo era satânico: pessoas urinadas, defecadas, revirando os olhos, cabeças, querendo entrar dentro do concreto. Todo aquele tormento só podia ser comparado ao inferno. Se ele realmente existe, sem dúvida eu estava vendo um pedacinho dele, ali naquele canto, o canto dos malditos (CARRANO, 2004, p. 55).

Por isso e por outras coisas, ele desejava muito sair daquele lugar, reivindicava pelo seu direito de ser examinado pelo médico, de fazer a sua autodefesa, de explicar que não era

louco, mas os enfermeiros diziam que o médico é quem decidia o momento que fosse preciso fazer algum comunicado.

A internação involuntária é muito violenta, a antipsiquiatria faz uma crítica contundente a essa prática defendendo que ela anula o indivíduo com sofrimento psíquico não lhe dando ouvido. Daí o caráter perverso da Psiquiatria e da Psicologia tradicionais que reservam para si o direito de dizer a verdade sobre a loucura incorporando ao seu discurso o poder e o saber acerca do assunto.

No interior dessas instituições psiquiátricas são utilizadas todas as formas para que o controle seja mantido a todo o custo. Seja de caráter coercitivo ou corretivo, essas práticas visam à manutenção da disciplina em todos os setores. Dentre essas práticas, algumas se fazem muito presentes no livro de Carrano, como o eletrochoque, e o uso imoderado de medicamentos [...] justamente por apresentarem um caráter mais punitivo e disciplinador que curativo (OLIVEIRA, 2012, página 9).

O caráter punitivo do medicamento fica evidente nessas palavras de um dos amigos de Carrano, que também esteve internado, e que ele cita no seu livro as críticas que fizeram à época ao uso demasiado de medicamentos. Nas palavras de Rogério isso é bem visível:

[...] – Cara, isto aqui é pior que uma prisão de verdade. É, em muitos sentidos, tão ou mais perigoso. Essas drogas que somos obrigados a tomar são um veneno que nos mata em poucos anos [...] Cara, teu velho é um mal informado. Se ele queria evitar que você tomasse realmente drogas, ele te trouxe ao lugar mais errado do mundo, pois aqui dentro nós somos drogados diariamente. A sedação aqui é feita em massa. Tomamos mais de vinte comprimidos diários [...] mas não fique impaciente, aqui você come comprimidos. Nós acordamos tomando essas drogas e dormimos tomando essas drogas... (CARRANO, 2004, pp.58-59).

Essa crítica denota como em pleno contexto dos anos 1960 e 1970, os pacientes ainda eram submetidos ao tratamento à base de doses extremas e variadas de remédios, eram verdadeiras camisas-de-força químicas. Esse processo de medicalização da loucura ocorre a partir da autoridade médica e da legitimação do poder e do crescimento da indústria farmacêutica no mundo.

Muitas críticas perduram algumas décadas e a luta antimanicomial e em defesa de Reforma psiquiátrica que tem ares internacionais chega ao Brasil. Essas experiências e denúncias seja no caso da jornalista Daniela Arbex, da psiquiatra Nise da Silveira ou do militante Carrano através de sua literatura engajada, são exemplos de episódios e sujeitos que contribuíram para aumentar o descrédito e a falência dos hospitais psiquiátricos ou manicômios. Com isso os sistemas de terapias substitutivas ou alternativas, como os CAPS,

ganham mais força científica, política e social. Em termos de concepção de saúde mental, terapias e procedimentos os sistemas substitutivos terapêuticos, trazem de forma efetiva mudanças, críticas e novas proposições em relação a esse modelo psiquiátrico tradicional, repressor e interditor dos sujeitos, como era o caso dos manicômios.

A partir desse contexto de mudanças, consideramos importante analisar como se deu esse processo de implantação dos CAPS no Brasil e na Paraíba, dando destaque para as regulamentações desse sistema, mediante legislação e normativos do ministério da saúde e outras autoridades e entidades médico-científicas. Após uma breve análise do contexto nacional e regional (Brasil/Nordeste/Paraíba) irei adentrar em algumas experiências do universo específico de município de Juazeirinho, um dos lugares de minha atuação profissional no CAPS, trazendo suas especificidades e analisando, mediante fonte de alguns prontuários, as formas terapêuticas e as representações de doença mental e dos indivíduos “em sofrimento psíquico e que foram, ou ainda são, usuários desse Centro de Apoio Psicossocial.

### 3.1 - A REGULAMENTAÇÃO DOS CAPS: NOVOS PARADIGMAS DE DOENÇA MENTAL E DE TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES

Foi no contexto da década de 90, mais especificamente, a partir do ano de 1992, que os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos.

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas na experiência do primeiro CAPS e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Segundo Amarante (1996) tal projeto teve repercussões bastante ampla e significativa, com aprovação Projeto de Lei de nº 3.657/89 de autoria do deputado Paulo Delgado<sup>50</sup>, que

---

<sup>50</sup> Lei Paulo Delgado - Com a reforma psiquiátrica, esta Lei previa a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e critica o modelo hospitalocêntrico. E com o estabelecimento de diretrizes e normas acerca da assistência em saúde mental, em 1992, surgiu à portaria ministerial nº 224, objetivando leito ou

recomenda gradativamente a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua alteração por outras modalidades de assistência, esse projeto representa um grande avanço, ao expandir as discussões acerca da “loucura”, com participação de diversos segmentos, inclusive os meios de comunicação.

A Reforma Psiquiátrica está respaldada no Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios norteadores: saúde, como um direito fundamental e dever do Estado, ressaltando o acesso universal na atenção em saúde mental com base em integralidade, intersetorialidade, equidade, universalidade, igualdade e no controle social (MACHADO, 2009).

Conforme o Ministério da Saúde, nas últimas quatro décadas, diversas mudanças são consideradas profundas em termos estatísticos, a exemplo do fechamento inúmeros leitos manicomiais. E, ainda, verificaram-se mudanças em outras áreas, como na construção de uma rede de dispositivos e serviços de saúde mental e atenção psicossocial, estratégias de residencialidade, de trabalho e geração de renda, de participação social e militância, espaços de convivência, solidariedade e exercício da liberdade, acesso à cultura, ao lazer, e as redes de suporte sociais diversas (BRASIL, 2005).

No entanto, apesar dos avanços baseados em leis, não houve a solução imediata da problemática dos manicômios e da Reforma Psiquiátrica – dificuldades que permeiam até a atualidade. A problemática da Reforma Psiquiátrica encontra-se além das legislações, está nas concepções e representações sociais – trata-se de ressignificações, de novas subjetividades e transformações sociais no que se diz respeito à loucura.

Conforme Amarante e Torre,

[...] existem no cenário atual profundos desafios e paradoxos para os processos de reforma psiquiátrica, que incluem o subinvestimento na rede pública, especialmente em tempos de “crise” política e social e governo conservador; e uma clara tendência de imposição de interesses remanicomializantes e institucionalizantes, ligados à mercantilização da saúde. E ainda as limitações em avançar em pontos fundamentais como a formação e condições de trabalho para a articulação da Rede de Atenção Psicossocial com os serviços de Atenção Básica, que por sua vez continuam pressionados por um forte viés medicalizante, e muitas vezes com uma grande rejeição ao acolhimento dos casos de saúde mental. O que aponta para a necessidade de investimento em Apoio Matricial, na articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica. Este ponto se destaca como uma fronteira problemática no avanço dos processos de mudança, se apresentando como um dos principais desafios para uma reorientação do

---

unidade psiquiátrica em hospital geral, e estabelecendo quantidade de profissionais de áreas específicas para a formulação da equipe.

modelo assistencial em curso, que tem a Atenção Básica como ordenadora do cuidado em saúde (AMARANTE; TORRE, 2018, p. 1104).

Todas essas inovações podem ser entendidas como modos de refletir de uma forma ampla sobre a garantia do direito à cidade para as pessoas em sofrimento mental, e uma concepção abrangente de políticas públicas que inclui os movimentos sociais e a participação política como essenciais à inclusão da diferença e aos processos democráticos. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) teve uma expansão notável no país, com a constituição de mais de 2.200 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>51</sup>, em todas as regiões, e também de Residências Terapêuticas, Cooperativas de Trabalho e Economia Solidária, Centros de Convivência e Cultura, apoio matricial na Atenção Básica, Unidades de Acolhimento, Equipes de Consultório na Rua, entre os principais dispositivos substitutivos (BRASIL, 2015). Existe a orientação de que haja uma transição lenta e gradual de pessoas com história de internação de longa permanência, na busca de desconstruir essas práticas de isolamento, para que não traga mais traumas e prejuízos no novo tratamento.

Conforme o Ministério da Saúde (2005) os CAPS como novas instituições de atenção e cuidados a pessoa com “deficiência”, se constituem como centros/espacos e lugares de referência e tratamento para pessoas que sofrem transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência, justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo e comunitário. A institucionalização dos CAPS visa reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar — como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e leitos de saúde mental em hospitais gerais — e incluir ações de saúde mental na atenção básica" (BRASIL, 2021). O referido atendimento à população em sua área de abrangência tem como objetivo realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004). Ou seja, os CAPS visam:

prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas

---

<sup>51</sup> “Segundo dados de 2020 do Ministério da Saúde, o SUS conta com 2.661 CAPS espalhados por todo o país. Os centros, em suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar, realizando prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial” (BRASIL, 2021).

de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuam no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004, p.13).

A forma de funcionamento interno dos CAPS é bem diversificada em suas características. Determinadas atividades são feitas em grupo, outras são individuais e algumas destinadas às famílias e a comunidade em geral. Os procedimentos se caracterizam por vários recursos terapêuticos, quais sejam:

Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação; Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal; Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares; Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários; Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (BRASIL, 2004, p. 17).

Uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS são as oficinas terapêuticas. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. São realizados vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários e das suas necessidades, levando em consideração a um maior vínculo social e familiar, o fomento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o pleno exercício da cidadania.

Diferentemente do modelo estabelecido nos hospitais psiquiátricos no Brasil durante o século XX, - salvo algumas exceções de outras práticas terapêuticas defendidas pela psiquiatra Nise da Silveira - nos CAPS várias ações, procedimentos e terapias das mais

diversas modalidades podem e devem ser efetivadas. Conforme Ministério da Saúde (2004) de modo geral, as oficinas terapêuticas podem ser:

Oficinas **expressivas**: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro. Oficinas **geradoras de renda**: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc. Oficinas de **alfabetização**: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re) construção da cidadania.(2004, p. 20- 21, grifos nossos).

Os hospitais psiquiátricos são espaços para as pessoas em sofrimento psíquico, isolando da sociedade e do convívio social, familiar e comunitário, com o objetivo de tratar a doença, com terapia medicamentosa, ou seja, o tratamento é à base de remédio. Já o CAPS dispõe de acompanhamento com vários profissionais, que é uma equipe multidisciplinar, com várias terapias, que vai desde o acompanhamento psicológico até atividades manuais, como também o usuário não é afastado da sua rotina.

Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha (BRASIL, 2004).<sup>52</sup>

Tais equipes técnicas acolhem os usuários, desenvolvem os projetos terapêuticos, trabalham nas atividades de reabilitação psicossocial, analisam os problemas inusitados e outras questões que possivelmente demandem providências urgentes. O papel da referida

---

<sup>52</sup> Conforme o Ministério da Saúde “a equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composto por: a - 01 (um) médico com formação em saúde mental; b-01 (um) enfermeiro;c-03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;d-04(quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão” (2004, p. 32).

equipe é imprescindível para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. Vejamos o que diz o artigo a seguir:

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial. § 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. § 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de gestão e acompanhamento longitudinal do caso.<sup>53</sup>

Os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS, nesse sentido vêm

[...] assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (BRASIL, 2004, p.12).

O CAPS é a porta de entrada de um dos serviços substitutivos que compõe a rede de atenção psicossocial na área de saúde mental, a principal estratégia da reforma psiquiátrica, com ações intersetoriais que necessita dos outros dispositivos para atender a complexidade em que a pessoa se encontra em sofrimento psíquico.

A presença dos familiares nas reuniões e nas assembleias, torna-se extremamente importante para sugerir e tirar dúvidas, participarem, conhecerem o trabalho dos CAPS e passarem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Assim busca,

incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os

---

<sup>53</sup> Portaria de nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento (BRASIL, 2004, p.29).

Um dos maiores desafios para se trabalhar no CAPS é a família se responsabilizar e poder participar das assembleias e outras atividades afins, ser co-responsável no tratamento do usuário, porque é quem está mais próximo, poder incentivá-lo e levá-lo para participar das atividades, bem como, a própria família ser uma aliada do referido Serviço, se envolvendo nos projetos terapêuticos.

Importante enfatizar que essas legislações e os normativos que ora analisamos e que promovem a implantação e a regulamentação dos CAPS no Brasil, são considerados muito avançados como políticas públicas de atenção à saúde mental, no que diz respeito aos Direitos Humanos e em relação às diretrizes para o funcionamento de forma democrática e com respeito à diversidade. Isso ocorre porque elas foram elaboradas em oposição e no enfrentamento às formas concebidas e aplicadas nos hospitais psiquiátricos e/ou manicômios. Entretanto, sabemos que nem sempre os normativos são aplicados e por isso é importante analisar as experiências tal como venho fazendo aqui nesse trabalho e muitas vezes denunciar formas de desrespeito aos princípios mais humanizadores e respeitosos em relação aos usuários e familiares. Nesse sentido, Amarante e Torre reforça a necessidade de denunciar a permanência de algumas práticas excludentes e segregadoras típicas dos manicômios que ainda estão presentes no interior dos novos modelos substitutivos, pois

[...] tenha havido uma recorrente permanência dos sujeitos em sofrimento mental no interior das instituições ditas “abertas”, produzindo uma nova institucionalização nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). E que muitas vezes correm o risco de se tornar espaços “protegidos”, com forte tendência ao fechamento e à priorização dos protocolos tradicionais como medicação psicofarmacológica, consultas psiquiátricas e restrição às atividades internas à instituição. Além disso, também há o risco de se relegar a um segundo plano a participação e o acolhimento dos familiares e a intervenção comunitária para transformar o estigma relacionado com a loucura psiquiatrizada. (AMARANTE; TORRE 2018, p. 1104)

Um grande diferencial da perspectiva manicomial para a atual é o de retirar a pessoa da ótica do paciente passivo, e observá-la sob a ótica do ator/sujeito, onde sua história singular e sua subjetividade fazem parte do desenrolar do projeto terapêutico. Cada usuário que chega tem uma história singular, define-se um processo terapêutico e em determinados casos necessitam de apoio da rede de cuidados em saúde mental.

O trabalho transdisciplinar, isto é, que envolve um conhecimento orientado por um sentido comum e que atravessa as várias práticas profissionais, é um potente meio de

modificação dessas práticas centradas nas doenças e em procedimentos e tarefas que não abordam o ser humano de modo integral, no sentido de vê-lo como um todo e não somente dividido em partes. Práticas fragmentadas geram alienação e desmotivação do profissional de saúde, pois, quando o seu trabalho fica restrito a uma pequena parcela do processo terapêutico, o profissional não consegue ter uma dimensão do resultado global do estado de saúde do indivíduo.

### 3.2 - A IMPLANTAÇÃO DOS CAPS NA PARAÍBA E NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRINHO

A História da Psiquiatria paraibana ainda está por ser escrita nas suas especificidades e complexidades. Ainda é muito recente a abertura nas áreas de ciências sociais, especialmente no campo da História, as pesquisas que trabalham também sobre o tema da loucura, manicômio, doenças mentais, poder psiquiátrico e sobre os CAPS na Paraíba.

Um trabalho importante, que faz um histórico detalhado sobre a psiquiatria na Paraíba é a obra de Edvaldo Brilhante da Silva Filho, intitulada “*História da Psiquiatria na Paraíba*”, publicada em 1998. Nela, o autor faz uma divisão tradicional dessa História, estabelecendo como o primeiro período da História da Psiquiatria paraibana à temporalidade que vai de 1585 até 1890, ano em que ocorre a implantação primeiro asilo na Paraíba para tratamentos de pessoas com transtornos mentais, que recebeu o nome de “Asylo de Sant’anna”. Anteriormente as pessoas eram tratadas no Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Paraíba, não sendo um lugar específico para o tratamento, não dispunha de médicos psiquiatras, eram atendidas também as pessoas vindas do interior, encaminhadas pelos juízes e os chefes de polícia. Silva Filho nos informa que o primeiro “alienado” (termo utilizado na época pelo Subdelegado) a ser encaminhado foi em 24 de outubro de 1860. A “doença mental” era vista como caso de Polícia.

O Hospital-Colônia Juliano Moreira, foi inaugurado no dia 23 de junho de 1928 e o primeiro Manicômio Judiciário implantado na Paraíba, foi em 16 de agosto de 1943, ambos em João Pessoa<sup>54</sup>. Na cidade de Campina Grande, foi inaugurado em 07 de setembro de 1963, o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional- ICANERF, o primeiro grande Hospital Psiquiátrico Privado a ser construído na Paraíba, ficou conhecido como

---

<sup>54</sup> O primeiro psiquiatra da Paraíba foi Octávio Ferreira Soares, que começou a atender no “Asylo de Sant’anna” em 01 de fevereiro de 1910 (SILVA FILHO, 1998, p.49) e os primeiros “doentes mentais” para tratamento no “Asylo de Sant’anna”, vieram da Cadeia Pública da capital (SILVA FILHO, 1998, p.63).

“Hospital João Ribeiro” (ANEXO A) por causa do proprietário – fundador. O segundo Instituto Neuropsiquiátrico em Campina Grande data de 17 de dezembro de 1966, conhecido por “Clínica Psiquiátrica Dr. Maia”.

Conforme Silva Filho (1998) o primeiro psiquiatra a atuar da Paraíba foi Octávio Ferreira Soares, que começou a atender no Asylo de Sant’anna. De acordo com relatos do referido médico era cruel a realidade desse hospício, denunciando que as pessoas ali internadas sofriam todo tipo de privações, tratados como “infelizes” e sem liberdade e comparava a alimentação a uma “minguada ração de uma alimentação defeituosa”.

O hospital-colônia Juliano Moreira<sup>55</sup> foi construído originalmente para atender todas as pessoas com crises agudas, ou patologias leves, mas passou também a receber “pacientes” crônicos, com ou sem vínculo com a família, era utilizadas as técnicas de laborterapia, ou seja, plantações de feijão, milho, frutas, hortaliças e outras (SILVA FILHO, 1998, p.78).

A fundação do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF) conhecido como Hospital João Ribeiro na cidade de Campina Grande foi inaugurado nos anos 60, era uma novidade e um “desenvolvimento” para o município. Inclusive teve uma celebração com o padre e foi tudo noticiado. No entanto, com o advento da Reforma psiquiátrica, e a aprovação da Lei de nº 10.216/2001, esses espaços passaram a ser monitorados, pois o mesmo não estava sendo avaliado pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar, o referido hospital passou a ser alvo de investigações, devido há vários fatores, tais como: higienização precária, ambiente insalubre, alimentação de péssima qualidade, os internos viviam em grades, como se fossem criminosos, um total desrespeito aos direitos humanos, o qual levou a intervenção decretada pela Justiça federal a pedido do Ministério da Saúde, ocasionado o seu fechamento em 2005 e o seu descredenciado pelo SUS.

Com essa intervenção federal, foi designado um funcionário chamado Fernando Sfair Kinker, terapeuta ocupacional, ao qual publicou uma dissertação nomeada “*O lugar do manicômio: relato da experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste*” publicada em 2007. Divulgou também, um artigo na revista Interface em 2017, com o título “*Um hospício em crise: imagens de uma experiência de desinstitucionalização*”.

Segundo Kinker no seu diário de campo, que foram registrados no decorrer da intervenção, foi preciso uma grande união entre o Ministério da Saúde, a Prefeitura, a

---

<sup>55</sup> “O Manicômio Judiciário da Paraíba (Instituto de Psiquiatria forense) foi criado para atender as pessoas com transtornos mentais que estavam em tratamento psiquiátrico e sujeitos as ‘Medidas de Seguranças’ que cometeram delitos, previstos em Lei. Esse referido manicômio era subordinado as Secretarias de Justiça dos Estados” (SILVA FILHO, 1998, p.190).

Advocacia Geral da União e a Justiça Federal para modificar as péssimas condições dos internos. O hospital foi reduzido a 86 dos 176 leitos existentes quando da intervenção, sendo a maior parte deles ocupados por moradores de longa data da instituição. Paralelo a essa intervenção foi necessário desconstruir o hospital, implantar uma rede de serviços territoriais e comunitários de saúde mental, ou seja, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas e serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral. A maioria dos internos voltou a morar com seus familiares e outros foram residir nas residências terapêuticas. O autor relata ainda que,

Os seguranças, com suas chaves e portas, tinham como tarefa direcionar o fluxo dos pacientes entre as enfermarias e o banho de sol no pátio. Eram como que pastores de ovelhas, conduzindo seu rebanho para que a máquina da instituição pudesse girar como um fim em si mesmo. De certa forma, eram também vítimas do próprio controle que exerciam, uma vez que se mantinham empobrecidos e aprisionados pela tarefa, objetivados como os internos pela instituição. Palavras? Diálogos? Estes eram desnecessários para a realização da tarefa. As medicações também seguiam padronizadas. As prescrições eram iguais para todos e os comprimidos eram distribuídos como rações em uma bandeja: um comprimido de cada cor para cada integrante de uma longa fila. A contenção mecânica no leito era comum e obedecia à função de manter a máquina em funcionamento sem nenhuma perturbação (KINKER, 2017, p.190).

Para modificar toda uma dinâmica institucional e “desconstruir papéis e estabelecer novas relações” e transformar essa situação, houve discussões e resistência por parte dos seguranças, para que os internos fossem chamados pelo nome, ter voz e ser um sujeito com direitos, o que exigiria romper com todo tipo de violações para com a pessoa em sofrimento. O autor retrata que uma das situações que presenciou para com os internos era desumana e que,

A falta de colchões devia-se a uma ação intencional da administração, atribuída ao fato de os internos não saberem usar civilizadamente tais insumos. Afinal, era comum a luta por pedaços de espuma para evitar o contato do corpo com o chão frio ou para usá-los como absorventes ou como papel higiênico, uma vez que nenhum desses itens era oferecido no local [...] também era comum a presença de corpos nus, estendidos no chão, trêmulos, cobertos de moscas (KINKER, 2017, p. 190).

Para Kinker (2017) “a institucionalização produz subjetividades anuladas, empobrecidas, sombrias”. Era preciso avançar no processo de construção de uma “tutela emancipadora” no lugar da “tutela anuladora” do paradigma psiquiátrico tradicional.

Outra pesquisa interessante é da autora Fátima Saionara Leandro Brito (2011) intitulada “*Andanças que cortam o caminho da razão: As vivências insanas e a atuação da*

*reforma psiquiátrica em Campina Grande-PB*”, esta expôs também sobre a intervenção e o descredenciamento do Hospital João Ribeiro por parte do Ministério da Saúde, ocorrido em 2006 e questionou sobre as práticas assistencialistas dessa instituição, assim como a reforma psiquiátrica em Campina Grande.

Lívia Sales Cirilo (2006) na sua dissertação com o título “*Novos tempos: Saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares*”, relata sobre o primeiro CAPS em Campina Grande, pois a mesma foi coordenadora dessa referida instituição, além da implantação das Residências Terapêuticas. Aborda também sobre o descredenciamento do Hospital João Ribeiro e a partir desse contexto, teve impulso à reforma psiquiátrica que atingiu o auge em 2005, fortaleceu a rede substitutiva em saúde mental, com a implantação de quatro CAPS (II, III, I e AD), a Unidade de Referência em Saúde Mental e seis Residências Terapêuticas. Todos esses dispositivos com o propósito de trabalhar a autonomia, cidadania e inserção social das pessoas em sofrimento psíquico.

Os fechamentos de muitos hospitais psiquiátricos ocorrem em paralelo à implantação e substituição pelas RAPS<sup>56</sup>, na modalidade CAPS. Na região Nordeste o primeiro desses Centros a ser inaugurado foi no ano de 1991 na cidade de Iguatu-CE. Já no contexto paraibano o primeiro CAPS foi implantado no ano de 1995, em João Pessoa (SANTOS, 2019, p. 38).

O Ministério da Saúde realizou uma pesquisa em 2017 e detectou que o Estado da Paraíba, ficou em primeiro lugar em números de CAPS por 100 mil habitantes e o Governo da Paraíba aprovou a Lei de nº 7.639 de 23/06/2004, que trata sobre a responsabilidade de implantar a Reforma psiquiátrica no referido Estado em conformidade com o SUS (PARAÍBA, 2019, P.4).

Na Paraíba os serviços da RAPS/PB foram criados em 2013 e a partir deles são realizados semestralmente o monitoramento dos Serviços da Rede de Atenção psicossocial (RAPS). Tal levantamento<sup>57</sup> é de grande importância na atualização de dados, informando

---

<sup>56</sup> “Na Paraíba existem como serviços específicos da REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS para o atendimento, conforme preconiza a Portaria nº 3088, republicada em 21 de maio de 2013 (inclusa na Portaria de Consolidação nº 03/2017). Destes serviços da RAPS/PB, a Paraíba possui 68 CAPS I (serviço para 15 mil habitantes); 09 CAPS II (serviço para 70 mil habitantes); 05 CAPS III - 24 horas (serviço para 150 mil habitantes), 06 CAPS AD (serviço para 70 mil habitantes); 09 CAPS AD III - 24 horas (serviço para 150 mil habitantes); 12 CAPS Infanto juvenis (serviço para 70 mil habitantes), 14 Residências Terapêuticas; 05 Consultórios na Rua; 04 Unidades de Acolhimento; 20 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e 65 beneficiários do Programa de Volta Pra Casa (PVC), totalizando 110 CAPS na Paraíba, somente um é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES), que fica localizado em João Pessoa, os demais são administrados pelos municípios”. (PARAÍBA, 2020, p.6).

<sup>57</sup> O monitoramento da RAPS é realizado pela Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Coordenação de Saúde Mental com a colaboração da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, da UFPB. De acordo com o último levantamento, no período 2018.2 foram atendidos 37.423 usuárias e usuários na RAPS- PB. A população

sobre o perfil de classe, de gênero, etário e de raça, o que possibilita uma compreensão mais apurada do universo social dos usuários e conseqüentemente uma elaboração mais eficaz das políticas públicas de saúde mental.

A partir dos dados levantados no referido monitoramento verificou-se que o perfil da população atendida na RAPS/PB, foi nesse período, na sua maioria de mulheres pretas e pardas, com idades variáveis de acordo com o tipo de serviço e com baixa escolaridade e/ou analfabetos e analfabetas. Esses dados indicam que os determinantes sociais precisam ser levados em consideração quando observamos o sofrimento psíquico dessa população. O número de desempregados (18%), assim como, os que recebem Bolsa Família, também soma (18%). Em relação à CID 10, prevalece F20 (esquizofrenia), seguido da CID 10 F19 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas) e outras CIDs.

A institucionalização da Plataforma de Monitoramento<sup>58</sup> de Dados Epidemiológicos da Rede de Atenção Psicossocial – PB, ocorreu em 2013 a partir de uma determinação estadual que dispõe que esse levantamento seja realizado pelos CAPS semestralmente e enviado para a Coordenação Estadual de Saúde Mental.

Nesse monitoramento em relação ao período 2020.1 do CAPS I em Juazeirinho, foi informado o cadastramento de 164 usuários(as) com prontuários ativos, destes sendo 71 homens e 93 mulheres. Verificou-se que a maioria é pardo, seguido de branco e depois preto. A faixa etária prevalente entre 31 a 40 anos, seguido de 41 a 50 anos, 51 a 60 anos, 18 a 30 anos e com mais de 60 anos. Em se tratando dos menores de 18 anos os adolescentes são entre 15 a 17 anos, foram prevalentes, seguidos de 11 a 14 anos.

Quanto ao estado civil, à maioria solteiro (a), seguido de casado (a), depois em união estável, viúvo (a), separado (a) e divorciado (a). Em relação ao CID 10 (Classificação

---

atendida nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II e CAPS III) foi predominantemente de mulheres em comparação com os CAPS AD, CAPS AD III e CAPSi que atenderam predominantemente homens. Em relação a questão de raça/etnia foram atendidas mais pessoas que se identificaram com pardas,(54,28%), seguido de pessoas que se identificaram como brancas (27,77%) e 14,84% de pessoas que se identificaram como negras/pretas, verificando-se que o perfil majoritário é de pessoas pretas e pardas (69,12%). A predominância da faixa etária nos CAPS I foi de 31 a 40 anos (22,79%). Nos CAPS II e CAPS III se tem mais usuárias e usuários de 41 a 50 anos (27,85% e 25,62%, respectivamente), enquanto que nos CAPS AD/AD III têm uma maior quantidade de pessoas de 18 a 30 anos. Já os usuários dos CAPSi são os mais jovens e a faixa etária de 11 a 14 anos é a que mais predomina nestes serviços (32,06%). A quantidade de pessoas solteiras foi de 46,23%, seguido das casadas com 22,61%. O nível de escolaridade ensino fundamental incompleto foi registrado em 35,96% enquanto de analfabetos foi de 18,1% e de escolaridade desconhecida foi 11,88% dessa população. (PARAÍBA, 2020).

<sup>58</sup> "Devido à presença qualitativa das (os) Profissionais Residentes em Saúde Mental da UFPB desde 2018, foi possível modernizar a forma de coletar e quantificar estes dados, através de uma plataforma digital, que possibilita melhor apreciação e aproveitamento das informações repassadas" (PARAÍBA, 2020, p. 8).

Internacional de Doenças), a maioria tem diagnóstico de esquizofrenia, seguido de retardo mental não especificado, episódio depressivo moderado, transtorno afetivo bipolar, outras esquizofrenias e transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool. Em se tratando da escolaridade, a grande maioria analfabeto (a), seguido do ensino fundamental incompleto, depois ensino fundamental completo, ensino médio completo e um (1) ensino superior incompleto e são atendidos em primeiro lugar a demanda espontânea, seguida pela Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde).

Em relação aos dados pesquisados nesse estudo a nível estadual, no contexto da Paraíba e, especificamente, no CAPS de Juazeirinho, foi detectado que a maioria das pessoas com transtornos mentais que procuraram o CAPS foram às mulheres e que se encontram na faixa etária produtiva, representando as que se encontram no mercado de trabalho ou a procura de emprego. A maioria era parda, solteira e com baixa escolaridade, predominando a esquizofrenia como transtorno. E ainda foi informado que a procura para atendimento foi a demanda espontânea. O referido levantamento mostrou a radiografia do perfil dos usuários (as) que fazem acompanhamento neste Serviço, ressaltando a importância no enfrentamento do sofrimento psíquico, seja, acolhendo, cuidando de uma forma humanizada. É importante também destacar sobre esses dados que servem como subsídio para planejar e direcionar as ações no tocante as necessidades dessas mulheres, bem como, poder orientar as políticas e ações intersetoriais no sentido de garantir os seus direitos.

### 3.3 - DA LEGISLAÇÃO À AÇÃO: TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS E OS DESAFIOS DO “CHÃO” DO CAPS

Foi no ano de 1998 que prestei concurso público para o cargo de assistente social no município de Teixeira<sup>59</sup>- PB, sendo aprovada e designada para trabalhar no Hospital Municipal Sancho Leite (nesse período não existiam programas sociais) e, posteriormente, em assumir a pasta da secretaria de assistência social onde atuei durante dois anos. A minha inserção e atuação no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) foi em 2011, onde atuo até a

---

<sup>59</sup>Teixeira é uma cidade de Estado do Paraíba. Os habitantes se chamam teixeirenses. O município se estende por 160,9 km<sup>2</sup> e contava com 15 161 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 94,2 habitantes por km<sup>2</sup> no território do município e faz fronteiras com os municípios de São José do Bonfim, Matureia e Cacimbas, Teixeira se situa a 22 km a Sul-Leste de Patos a maior cidade nos arredores Situado a 774 metros de altitude, Teixeira tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 7° 13' 26" Sul, Longitude: 37° 15' 11" Oeste. CIDADE BRASIL. **Município de Teixeira**. [on-line] Disponível em: <<https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-teixeira.html>>. Acesso em 16 ago. 2021.

presente data. O referido CAPS I foi implantado em 2008, realizado um consórcio entre os municípios de Teixeira, Matureia, Desterro, Cacimbas e Imaculada.

Além de Teixeira, tenho atuado na área de saúde mental, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), no município de Juazeirinho<sup>60</sup>, onde ingressei também através de concurso público no ano de 2014. Tal unidade de serviço atende, em forma de consórcio, os municípios de Salgadinho, Assunção, Tenório, Areia de Baraúnas e Santo André, que são cidades circunvizinhas.

Para realização dessa pesquisa escolhi fazer a análise da experiência no município de Juazeirinho, por considerar que nesse CAPS as atuações da equipe e do gestor público são mais efetivas, o que não significa que não tenha problemas. Além disso, a equipe multidisciplinar é completa pois temos nesse Centro um número muito maior e diversificado de usuários que realizam acompanhamento. Apesar do recorte, certamente, as experiências de Teixeira servirão de subsídios e fontes para algumas análises e problematizações dos CAPS enquanto Política Pública de Saúde Mental de Estado.

O desenvolvimento da pesquisa teve alguns desafios, obstáculos e mudanças de percursos nos usos com as fontes e metodologias. Inicialmente o objetivo era pesquisar não só os arquivos e documentos do CAPS, mas também trabalhar com a metodologia das fontes orais, com intenções de entrevistar os profissionais, familiares e também os usuários. No entanto, a pesquisa teve que ser redirecionada devido a Pandemia do Coronavírus – Covid 19 (desde março de 2020 até atualidade) que nos obrigou a cumprir uma série de medidas para contenção de contágio e transmissão do vírus, mediante rigorosos protocolos de segurança. Isso fez com que retirasse o uso das fontes orais e entrevistas e me concentrasse nos documentos já arquivados no CAPS.

---

<sup>60</sup>O município de Juazeirinho localiza-se na região central-norte do Estado da Paraíba, Mesorregião Borborema e Micro-Região Seridó Oriental Paraibano. Limita-se ao norte com os municípios de Parelhas (RN) e São Vicente do Seridó e Tenório, leste com São Vicente do Seridó e Soledade, sul, Gurjão e Santo André, e, oeste com Assunção. A base do município de Juazeirinho possui área de 461,8 e insere-se nas folhas Jardim do Seridó [...] O acesso a partir de João Pessoa é possível através da rodovia federal BR-230, leste-oeste, em trecho de 224 km até chegar à sede do município de Juazeirinho passando por Campina Grande e Soledade. Segundo o último Censo do IBGE de 2010, a cidade tem 16.776 mil habitantes. CPRM - Serviço Geológico do Brasil. **Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea: diagnóstico do município de Juazeirinho, estado da Paraíba.** Recife: CPRM/PRODEEM, 2005, p. 08. Disponível em: <[http://dspace.cprm.gov.br/xmlui/bitstream/handle/doc/16099/Rel\\_Juazeirinho.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.cprm.gov.br/xmlui/bitstream/handle/doc/16099/Rel_Juazeirinho.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em 16 ago. 2021.

Sobre as referidas medidas das autoridades para conter a disseminação do coronavírus, foi publicada uma nota técnica<sup>61</sup> pela Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde levando em consideração a importância dos serviços de saúde mental, que permanecessem em funcionamento durante o período da pandemia, de modo à “[...] não comprometer as atividades essenciais, tais como, manejo de crise, acolhimento das demandas que podem vir com maior instabilidade emocional provocada, inclusive pela pandemia”. Mesmo com a permanência dos serviços nos CAPS em todo Brasil, houve a redução de carga horária de atendimento e a obediência aos protocolos de proteção para não expansão do contágio da Covid 19, o que comprometeu a dinâmica e o tempo de pesquisa disponível para o trabalho.

No município de Juazeirinho o CAPS I foi criado em 2004 e foi denominado de Dr. Antônio Marinheiro (ANEXO B e ANEXO C), o primeiro médico psiquiatra a atuar na área de saúde mental, em 2002, o qual iniciou os atendimentos (plantões) na Unidade Básica de Saúde (UBS), antes da regulamentação dos CAPS. Para sua implantação foi realizada uma pactuação entre os municípios de Juazeirinho, Tenório, Assunção, Salgadinho, Santo André e Areia de Baraúnas, a sede para funcionamento foi escolhida Juazeirinho

O referido centro funciona atualmente em uma casa alugada há 11(onze) anos, situado à Rua Luiz Marinheiro, nº 211, bairro Bela Vista. Uma casa grande, com garagem, jardim, uma piscina desativada, uma sala de recepção, um terraço, uma sala de informática, uma sala para atendimento médico e coordenação; uma sala para psicóloga e assistente social, uma sala para a enfermeira, um banheiro para os funcionários e um para os usuários; uma sala de jantar (refeitório), uma cozinha, quintal, uma despensa, uma brinquedoteca (atende as crianças); uma sala para a farmácia, onde são entregues os medicamentos psicotrópicos para os usuários atendidos pelo CAPS e ESF (Estratégia de Saúde da Família), hoje é a nova nomenclatura. O horário de funcionamento de segunda a sexta feira nos dois turnos, sem fechar para o almoço.

Conforme relatório arquivado no CAPS na época em que não dispunha do referido Serviço, os usuários com transtornos mentais eram encaminhados e atendidos nos hospitais psiquiátricos em Campina Grande, passavam por uma avaliação inicial, e durante muito tempo, continuava com essa mesma medicação, sem acompanhamento contínuo e as receitas eram prescritas pelo médico plantonista do hospital municipal de Juazeirinho. No ano de 2002, Dr. Antônio Marinheiro, iniciou os atendimentos (plantões) na Unidade Básica de Saúde (UBS). O referido médico defendia que os usuários necessitavam de maior atenção

---

<sup>61</sup> A Nota Técnica n. 43/2020-CGMAD/DAPES/SAPS/MS dispõe das recomendações para as RAPS que podem complementar ações desenvolvidas por estados, Distrito Federal e municípios para enfrentamento da pandemia.

relacionada ao sofrimento psíquico e apesar de ter uma visão hospitalocêntrica, solicitou em acordo com a secretária de Saúde, à época Eliete Silva Nunes, a implantação do CAPS em 2004 junto ao Ministério da Saúde.

É mencionado no relatório que antes do CAPS I de Juazeirinho ser implantado, os atendimentos eram realizados no ambulatório do PSF (Programa de Saúde da Família) localizado no centro da cidade. Com a implantação do CAPS em 2004, foi alugada uma casa situada à Rua Humberto Evaristo, no centro da cidade e possuía uma equipe muito reduzida, relatou que o funcionamento era em horário reduzido, a alimentação (almoço) era terceirizada, pois não dispunham de cozinheira e nem de ajudante de cozinha. Verificou-se no relatório também o problema dos precários recursos financeiros (a verba não era fixa e sim por produção) e da lentidão da funcionalidade dos projetos terapêuticos, em virtude do número reduzido de usuários em regime intensivo. Informa ainda que, enquanto Centro, a maior preocupação da equipe era que o CAPS não se resumisse apenas ao atendimento médico, buscando incentivar a participação da família e da comunidade, com ações particulares para cada usuário. Posteriormente, foi dado mais um passo, no sentido de implantar a copa e cozinha, sendo contratado um número maior de funcionários, sendo a participação de mais usuários cadastrados nos tratamentos intensivos, semi-intensivo e não-intensivo.

Em termos de composição de equipe hoje conta-se com o total de vinte e sete funcionários (27), sendo assim distribuídos: uma coordenadora, dois psicólogos, uma assistente social, dois médicos, uma enfermeira, dois cuidadores, uma cozinheira, duas ajudantes de cozinha, uma auxiliar de serviços, dois agentes administrativos, uma recepcionista, quatro vigilantes, uma farmacêutica, duas auxiliares de enfermagem, uma educadora física, uma pedagoga, uma artesã e um motorista.

As atividades realizadas seguem um cronograma mensal, com acolhida (Bom dia) para os usuários, café da manhã, almoço e lanche da tarde, atividades: pedagógicas e físicas, artesanato, oficinas terapêuticas (festividades, lazer, musicoterapia) atendimentos individualizados (médicos, psicólogos, assistente social, enfermeira) assembleias com familiares e reunião mensal da equipe. Dentre essas atribuições, são também desenvolvidas visitas domiciliares e institucionais, palestras no próprio CAPS, nas Escolas, debates na rádio local, que têm a finalidade de promover a sociabilidade, construção da autonomia, autoestima, garantir o exercício da cidadania, empoderamento, valorizar as potencialidades de cada um, vivência de pertencimento e promover a capacidade de ser um sujeito de direito ativo.

Importante ressaltar a existência de um relevante projeto denominado “*Arte CAPS Inclusão pelo trabalho*”, o qual foi implantado pelo psicólogo Temistócles Bezerra de Sousa

Neto com o objetivo de favorecer o processo de reinserção e inclusão econômica social dos usuários de Saúde Mental através do trabalho, permitindo assim, o resgate de sua cidadania.

O referido projeto surgiu da necessidade de inclusão social pelo trabalho e a promoção da cidadania dos usuários, objetivando que a oficina geradora de renda melhorar a autoestima, o bem-estar e autonomia. Existem outras oficinas (confeção de colares, pulseiras, brincos, anéis, cortinas, abajur, chaveiros, porta retrato, peças decorativas infantis e adultas e etc.), peças que são comercializadas no próprio CAPS, na feira e nos eventos, possibilitando a geração de emprego e renda e a inserção no mercado de trabalho. Desse modo, busca-se combater preconceitos que existem em relação à capacidade laboral e de empregabilidade de pessoas com deficiência ou transtorno, visto como incapazes para o trabalho.

Em relação ao espaço reservado para a atuação do assistente social, onde realizo atendimentos individualizados, é visível a precarização. Existe uma única sala para os dois profissionais: o psicólogo e o assistente social. Essa situação denota que não há ambiente adequada para a realização dos atendimentos conforme preconiza a Resolução CFESS 493/2006, “que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social”.

Enquanto profissional encontro dificuldades para a concretização do processo de trabalho no CAPS, por não ter sigilo, e a janela dá acesso a lateral externa. Não tem ar condicionado, só um ventilador. Não tem um computador individual, mas um único para toda equipe, estando instalado na secretaria, onde todos têm acesso. Observamos que alguns profissionais têm dificuldades de trabalhar em equipe, muitas vezes atuam através de ações paliativas de cunho individual, em detrimento do trabalho coletivo. Em relação ao transporte, há muita rotatividade do motorista, porque o carro é locado pela prefeitura, o que prejudica principalmente os usuários, pois os mesmos se “apegam” facilmente a equipe, daí, percebemos uma piora no processo terapêutico do usuário.

Surgem inúmeras demandas diversificadas, que vão além da demanda por assistência psiquiátrica, mas também relacionada aos usuários e seus familiares em suas relações sociais, econômicas e culturais. O objeto de intervenção do assistente social é a questão social e suas múltiplas faces, que se manifesta através do preconceito, estigma, desemprego, falta de moradia, situações, infelizmente, muito presentes na sociedade brasileira.

Conforme os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010, p. 34) “o reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional, demanda uma atenção profissional em uma perspectiva totalizante”. Dessa forma a profissão é considerada como uma categoria *sine qua non* para a reabilitação psicossocial

tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dos usuários, possibilitando condições que amenizem os prejuízos dos transtornos, tanto no âmbito biológico quanto psicológico e social.

Uma das nossas maiores demandas cotidianas são as orientações e encaminhamentos sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC), explicações sobre a rede de serviços, esclarecimentos sobre o auxílio-doença, internação compulsória, atendimento domiciliar, conflitos familiares e entre usuários no serviço.

Nesse sentido, a orientação social se dá por meio de atendimento individual ao usuário e ao familiar, através de uma escuta qualificada, pois os mesmos procuram espontaneamente ou são encaminhados de outros serviços. Dependendo da demanda, a intervenção pode resultar em uma orientação, explicação, e/ou esclarecimento, solicitação de visita domiciliar ou institucional ou um encaminhamento formal. É diante desse contexto, que ocorre a articulação intersetorial, o encaminhamento deve ser preenchido em formulário, especificando os dados essenciais dos usuários e o motivo para o local que estar encaminhando.

Para realizarmos as ações referentes a esses serviços são importantes alguns instrumentos técnico-operativos, tais como: relatório social, parecer social, questionário socioeconômico, entrevista de escuta qualificada, prontuário dos usuários e encaminhamento formal.

Importante enfatizar que o local onde funciona o CAPS não é prédio construído para atender a especificidade do programa, disponibilizando poucas salas para atendimentos e uma estrutura precária, sem auditório, áreas abertas para atividades culturais e recreativas, etc. Além disso, é relativamente distante do centro da cidade e não possui acessibilidade.

Considero um dos maiores desafios que enfrento enquanto assistente social e, também, enquanto equipe multidisciplinar, me deparar cotidianamente não só com problemas de “sofrimento psíquico”, mas também, problemas sociais graves e enraizados como a pobreza, o desemprego e a vulnerabilidade social vividas não só pelo usuário, mas por toda família. Nesse sentido, o problema de saúde mental é um problema multidimensional, ou seja, econômico, político e social. E, infelizmente, na maioria das vezes, dessas questões decorrem os preconceitos, os estigmas e a marginalização, não só do sujeito diagnosticado com doença mental, como de toda família são desafiantes. Como profissional que atuo no âmbito social, fazendo críticas e denúncias das desigualdades sociais, busco como um dos princípios básicos da área, intervir para promover a garantia de acesso aos benefícios sociais e de várias políticas públicas. Porém, muitas vezes me sinto impotente e indignada com as situações de descaso e marginalização que são dirigidas a muitas pessoas em situação de vulnerabilidade, abandono, sofrimento social e psíquico.

Outro grande desafio é trabalhar em equipe multiprofissional, onde todos nós deveremos atuar na horizontalidade. E, nem sempre, existe uma formação e capacitação mais humanizada para nós enquanto profissionais e isso não favorece um atendimento com mais empatia para com o usuário que, na maioria das vezes, traz um pedido de socorro em relação a muitas dores, perigos e temores que vivem. Parece querer ser visto e ouvido. É uma forma de gritar que existe. No entanto, já presenciei em vários momentos e nos distintos CAPS que atuei/atuo situações de não escuta e de apagamento da individualidade e da vontade dos indivíduos e da família desses.

Outra questão que me chama atenção é como as famílias das pessoas que são diagnosticadas com doença mental e que são acompanhadas pela equipe do centro, são atingidas pelo estigma do diagnóstico de doença mental. Fica claro como a doença mental promove uma ferida social, uma estigmatização não só no indivíduo como de toda família. Assim, muitas famílias, por esse e, por diversos motivos que não vou entrar em julgamento, negam ou resistem ao diagnóstico e, muitas vezes, se tornam ausentes ou abandonam o familiar e o tratamento. Isso torna a nossa tarefa mais difícil, pois a família é fundamental para fazermos uma terapia que busque pôr em prática o que preconizou a Reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, que é promover a família como co-responsável, combatendo o abandono e o isolamento social e familiar do indivíduo, como ocorria nos hospitais psiquiátricos.

### 3.4 - OS PRONTUÁRIOS TRANSDISCIPLINARES DOS CAPS COMO DOCUMENTOS MÉDICOS/INTERDISCIPLINARES E COMO FONTES HISTÓRICAS

A partir do século XX, através da psiquiatria brasileira, os prontuários passaram a ter uma importância maior como fontes de pesquisa, tornando-se um dos meios de comunicação entre a equipe e elaborados de forma multidisciplinar, não sendo padronizados, variando de acordo com a instituição e passando a ser um documento de extrema relevância, uma ferramenta fundamental onde são registradas as demandas, ações, diagnósticos e necessidades sobre o usuário, ou seja, retrata a fotografia do usuário.

Para Vasconcelos et al. (2008) o registro em saúde iniciou-se na prática clínica, uma vez que, os profissionais de saúde perceberam a importância de “recorrer à história clínica e evolutiva para acompanhamento dos doentes” (2008, p.173), que pode servir de subsídio para o apoio à pesquisa e formação profissional, visto que, recentemente o registro “é considerado

critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde” (2008, p.173). Para os autores, o prontuário é definido como:

[...] documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Destina-se, ainda, ao subsídio dos processos de gestão, ao ensino e à pesquisa em saúde; à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas; além de documentar demandas legais. Os usuários dos prontuários são, portanto, os profissionais diretamente envolvidos na prestação do cuidado e na gestão, pesquisadores, docentes, alunos do campo da saúde e o próprio paciente. Todos os registros preenchidos e organizados de forma a permitir sua localização, leitura e identificação de autoria deverão ser completos, acurados, objetivos e concisos. Dessa forma, potencializa o uso de bases de dados administrativas, que têm prontuários como fonte de dados, na avaliação da qualidade da assistência à saúde (2008, p.173).

Um prontuário psiquiátrico engloba anos de vida de um indivíduo a uma instituição de saúde, não só contém o histórico das doenças dos usuários, sua relação familiar, como boa parte de sua trajetória de vida. Tais prontuários possuem uma diversidade de informações maior que outros prontuários hospitalares, particularmente no que diz respeito àqueles mais antigos, quando os indivíduos ainda se viam completamente isolados dentro da instituição. De acordo com Ribeiro et al.(2018),

Tanto nos prontuários tradicionais quanto nos psiquiátricos não há um único autor para os registros, uma vez que a variedade de tipologias documentais presentes os tornam mais bem identificados se classificados como “dossiê” ou “processo”, e não como um simples “documento” (2018, p.56)

Alguns autores criticam o uso dos prontuários nas instituições de saúde mental, visto que remetia ao modelo médico-hospitalar, com estagnação da vida e de solidificar a dinâmica da situação dos sujeitos que neles tinham suas instabilidades inscritas e, assim, contribuíam para impor e rotular os processos que os abrangiam.

Na contemporaneidade com a saúde mental fundamentada em outras bases e que em parte se inspiraram das críticas ao teor degradador dos registros dos indivíduos em regime manicomial, os prontuários e seus usos obedecem a claros princípios que faz do usuário o seu proprietário e das instituições seu defensor, podendo ter o direito de obter na hora que assim o desejar e da mesma forma, contestar aos profissionais o seu acesso (COSTA, 2001, p.55).

Nessa perspectiva, temos o exemplo do artigo 88 do Código de Ética Médica<sup>62</sup>, onde em sua premissa está vedado ao médico,

Art. 88. Negar ao paciente ou, na sua impossibilidade, a seu representante legal, acesso o seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Segundo Reis, et al., a importância dos prontuários “para seguimento, segurança e respaldo do usuário e suas utilizações são diversas.” (2009, p.385) Destarte são várias pesquisas que se utilizam de prontuários e muitos estudos que se propõem a melhorar e “modernizar os prontuários considerados então como uma ferramenta de primeira importância no âmbito da saúde mental pública” (2009, p.385).

De acordo com a exposição de motivos da Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1.821/2007<sup>63</sup>, o prontuário, é definido como

O prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido, quer seja uma unidade de saúde quer seja um consultório, a quem cabe o dever da guarda do documento. Assim, ao paciente pertencem os dados ali contidos, os quais só podem ser divulgados com a sua autorização ou a de seu responsável, ou por dever legal ou justa causa. Estes dados devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitados por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes.

Segundo Almeida et al. , alguns autores citam desvantagens,

[...] tanto lógicas quanto práticas, no prontuário de papel, tais como: Ilegibilidade, ambiguidade, perda frequente da informação, multiplicidade de pastas, dificuldade de pesquisa coletiva, falta de padronização, dificuldade de acesso e fragilidade do material é algumas delas. [...] Apesar disso, o prontuário de papel ainda é especialmente útil, principalmente por sua simplicidade, facilidade no manuseio, maior liberdade na forma de escrever, baixo investimento para sua implantação e não requerimento de treinamento especial (2016, p.522).

No Prontuário Transdisciplinar que são de uso padrão nos CAPS, são registradas as demandas e as necessidades relevantes do usuário, bem como são avaliadas as ações e novas condutas que serão implementadas, definidas as responsabilidades entre as equipes, com troca de informações, como também, elaboração do projeto terapêutico singular. O usuário passa a

<sup>62</sup> O Código de Ética Médica está disponível no portal do Conselho Federal de Medicina, no link: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>.

<sup>63</sup> A Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1.821/2007 está disponível no link: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2007/1821>>.

ser visto como sujeito, com mais autonomia no seu tratamento, com maior vínculo entre os profissionais e família. Estes são momentos muito ricos em que a transdisciplinaridade se concretiza, quando os profissionais de distintas áreas se juntam para compartilhar e potencializar seus conhecimentos, seja no que tem em comum ou de diferente. Esse processo ajuda na compreensão e no sucesso do tratamento, no sentido de reforçar e aprimorar as opções na abordagem da sequência saúde/doença/ reabilitação (BRASIL, 2004).

O Prontuário Transdisciplinar na saúde estimula e fortalece o trabalho em equipe e o diálogo entre os profissionais, favorecendo troca de conhecimentos, inclusive com os doentes e familiares. Contribui também para a produção de vínculos e para o fortalecimento do sentido de grupo (fomento da grupalidade), que visa a sustentar as construções que foram elaboradas coletivamente, além de estimular o empenho no trabalho (fomento do protagonismo) (BRASIL, 2004).

Os prontuários são formulários compostos por alguns itens. O primeiro é uma *ficha de acompanhamento individual*, onde consta dados pessoais, data do atendimento, procedimento, atividade realizada e assinatura do usuário ou do responsável. Após isso, no acolhimento realizado no CAPS pelo (a) psicólogo (a) é feita uma *anamnese (triagem)*, o referido profissional tenta perceber o usuário em sofrimento psíquico, assim como constituir um vínculo de confiança, com informações sobre os dados pessoais. No preenchimento do formulário da *anamnese* ele interroga o usuário sobre várias questões como: de onde veio e que meio usou para chegar; interroga sobre sua queixa, sua história de vida e problema atual; se já realizou tratamento psiquiátrico (se faz uso de medicações) e psicoterápicos; faz uma avaliação a partir de exame físico (observar a aparência, gestos, higienização, postura, trajes e outros) e psíquico (nível de consciência, de orientação, senso percepção, psicomotricidade, afetividade e humor).

Na sequência, no prontuário, há um formulário direcionado para preenchimento do médico, onde serão registradas informações com dados pessoais, com a CID 10<sup>64</sup>, sobre a patologia e o diagnóstico. Além disso, compõe ainda o prontuário uma folha de evolução clínica, preenchida por todos os profissionais, quando são realizados atendimentos e/ou atividades com os usuários. A partir do primeiro atendimento geralmente pelo psicólogo, o mesmo vai avaliar se o usuário necessita ser atendido pelo psiquiatra e serão definidas as

---

<sup>64</sup> “A Organização Mundial de saúde (OMS) desenvolveu a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde como dos dispositivos mais empregados por profissionais da área. Com imprescindível base epidemiológica, a ferramenta se constitui como informações sobre doenças, sinais, sintomas, achados anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas. CID-10, décima versão do documento, foi aprovada em 1994. Posteriormente, começou a ser utilizada no Brasil [...] A sua principal função é de contribuir nas pesquisas sobre doenças que afetam determinado local ou grupo de pessoas e por isso foi criado um padrão para classificar as doenças” (SANCHES; MACHADO, INTERNET).

atividades e os horários que cumprirá no CAPS, sendo os procedimentos inerentes a cada caso particular.

### 3.5 – REPRESENTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS DISCURSOS MULTIPROFISSIONAIS: TUTELADOS OU SUJEITOS DE DIRETOS?

Constatam-se imensas diferenças de tratamento entre as pessoas que viviam internadas em manicômios em comparação com as que faziam e fazem acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). É visível a operacionalização de um novo modelo de saúde mental, que tem como objetivo maior a inserção social e a autonomia desses sujeitos.

Um dos maiores avanços na legislação em saúde mental foi a partir da aprovação da Lei de nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que trata no art. 84, que “A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas”. Desse modo, o Estatuto da Pessoa com Deficiência admite em caráter excepcional o modelo jurídico da curatela, todavia, sem associá-la a sua incapacidade total. Importante destacar que nesse Estatuto no art. 85 “a curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.<sup>65</sup>” E no “§ 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto”.

Com o objetivo de analisar as falas e representações dos profissionais em relação aos usuários dos CAPS de Juazeirinho, fiz o recorte de alguns prontuários que considerei mais significativos e os selecionei como estudos de casos. A escolha metodológica foi de seis indivíduos enquadrados nos prontuários, sendo quatro mulheres e dois homens, cada um com suas particularidades, as quais tive contato diário, visto que os acompanhei na condição de assistente social. Importante destacar que foram criados nomes fictícios para preservar a identidade deles.

---

<sup>65</sup> Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:

I - casar-se e constituir união estável;

II - exercer direitos sexuais e reprodutivos;

III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar;

IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória;

V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e

VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

Um dos casos que considerei mais significativo foi o de uma criança, que iniciou o tratamento aos 10 anos de idade e atualmente tem 20 anos de idade. O nome fictício escolhido foi Nise<sup>66</sup>. No seu prontuário<sup>67</sup>, a anamnese feita pelo psicólogo, foi informada que ela apresentava crise convulsiva desde os quatro anos de idade, foi atendida também pelo psiquiatra e um dos vários atendimentos realizados pelo médico.

Consta na evolução o seguinte trecho em 04 de março de 2013:

Paciente com histórico de convulsões, agitação, comportamento agressivo, inadequado”. É interdita, sua genitora tem a curatela e nos seus relatos (sempre reclama que sua mãe “bebe cachaça e vende os troços de casa para beber”, suas irmãs a chama de “fraca”, mostra-se revoltada, gosta de fazer compras e gastar, e diz que é “aposentada e o dinheiro é dela”. Os pais (estão separados) e as irmãs não aceitam a “doença” da mesma. É agredida pelas mesmas, maltratada e só se relaciona bem com o pai, que é o único que sabe lidar com ela e no momento a acompanhada para realizar tratamento. O seu comportamento agressivo e com rebeldia é reflexo do ambiente familiar desajustado, a genitora e Nise são acompanhadas pela equipe do CAPS, mostram resistência para realizar o acompanhamento e a usuária apresenta dificuldade de interação com a família e os funcionários desta Instituição, há inconstância quanto ao uso das medicações.

Verifica-se que no prontuário ainda se recorre ao uso da palavra paciente, no entanto, é recomendado desde a implantação dos CAPS o nome usuário, que significa alguém que procurou o Serviço, conforme Amarante e Torre, (2017, p.770) como protagonista e não como uma pessoa doente, pois “paciente” está mais ligado ao atendimento hospitalocêntrico, assim como no atendimento psiquiátrico não está designando a questão gênero. Usuário, cliente ou paciente? As pessoas que acorrem aos serviços de saúde são, usualmente, designadas por estes três termos.

Cada um tem sua especificidade e não se trata apenas de questão semântica, pois as denominações propiciam e induzem diferentes maneiras de olhar e compreender os objetos nomeados, ou como construímos a realidade (SAITO et al., 2013, p. 176).

[...] a sua utilização pode sugerir implicitamente uma posição passiva e hierarquicamente inferior em relação ao profissional, visto que a origem do termo refere-se à palavra *sofredor*, derivada do latim: *patiens*, de *patior*, que significa sofrer. Já o termo *cliente* procede do vocabulário próprio da economia liberal de mercado. Marca o “exercício liberal” e/ou privado da atenção à saúde, implicando à pessoa que acorre aos serviços de saúde, em certa medida, o caráter de consumidor, e à saúde, a característica de um bem de consumo, não de direito social. O usuário é cada um daqueles que usam

<sup>66</sup> Nome em alusão a psiquiatra Nise da Silveira.

<sup>67</sup> Número do Prontuário 452, modalidade intensivo, 1º atendimento em 30/03/2011, Nise, 20 anos de idade, CID 10 F 72.1, solteira, alfabetizada, católica, residente na cidade de Juazeirinho.

ou desfrutam de alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular. Assim, pode-se compreender o termo usuário como mais amplo capaz de ultrapassar o ideário passivo ou liberal, que percebe a saúde como um bem de consumo regulado pelas leis de mercado, no sentido de avançar para uma concepção de saúde enquanto direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania (SAITO et al., 2013, p.176).

Importante enfatizar que a usuária Nise é interdita e perdeu sua autonomia e capacidade de tomar decisões. Consideramos um dos maiores entraves para uma pessoa com “transtorno” mental a sua interdição, visto que a mesma deixa de ser cidadã e perde o direito de ser ouvida e a família passa a ter todos os direitos sobre ela, inclusive podendo receber e muitas vezes se apoderar do Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>68</sup>, normalmente a infantilizando, excluindo-a do meio social, cultural e comunitário. Como bem ressalta Foucault em “*A Ordem do discurso*” (1971), a interdição é uma das maiores exclusões na nossa sociedade, a pessoa não ter direito de dizer tudo o que pensa, nem falar em qualquer circunstância, com assuntos que passam a ser tabus, tais como: sexo, política e religião.

Outra maneira de exclusão do discurso é a separação e a rejeição, pois o discurso da pessoa considerada ‘louca’ não pode circular livremente, a sua fala não tem importância, não podia testemunhar na justiça, nem assinar contrato. “Mas, o que há, enfim, de tão perigoso no fato de as pessoas falarem e de seus discursos proliferarem indefinidamente? Onde, final, está o perigo?” (FOUCAULT, 2009, p.8).

Em relação ao tratamento, as falas de toda equipe afirmam que Nise só piora, não havendo controle na medicação, enfatizando-se que a mesma vive totalmente sonolenta e sem condições de participar das atividades e das oficinas, estando cada dia mais agressiva. Nas considerações a equipe denota estranhamento sobre a mudança de comportamento da usuária, pois a mesma no início sempre teria mostrado gostar das festividades, sempre perguntando animada pela festa de Carnaval, de São João, Sete de Setembro e outras comemorações e, ainda afirmava muito entusiasmada que desejava “arrumar um namorado”, revelando, antes, capacidade e vontade de constituir vínculos sociais e afetivos.

Sua família não permitia e cortou (quase raspou) o cabelo dela e decidiu levá-la para morar na zona rural, justificando que ela dava “trabalho” e no sítio ela iria se “aquietar”. Essa atitude denota como Nise perde a capacidade de decidir e escolher em relação aos atos simples na sua vida, tendo sua vida sequestrada pela família. Ela sempre tentou denunciar essas arbitrariedades e abuso por parte da família que, por sua vez, afirmava que ela mentia

---

<sup>68</sup> Conforme o artigo 2º, inciso I, alínea “e”, o benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família (BRASIL,1993).

muito por ser “uma fraca do juízo”. Mediante várias visitas domiciliares constatamos a veracidade de muitas de suas queixas e denúncias.

Esse descrédito da palavra do “louco” é histórico e, infelizmente, ainda está presente na atualidade. Conforme (FOUCAULT, 2009, P.12). “a palavra só lhe era dada simbolicamente, no teatro onde ele se apresentava desarmado e reconciliado, visto que representava aí o papel de verdade mascarada”. Para esse autor essas crenças e práticas estão atreladas a três grandes sistemas de exclusão que atingem o discurso, os quais são a palavra proibida, a segregação da loucura e a vontade de verdade.

Outro ponto que merece destaque é a letra quase inelegível do médico, prática bastante presente no Brasil e que denota o poder da corporação e da autoridade médica que pode resguardar para si os diagnósticos e às prescrições, alijando o direito do usuário. Essa prática é combatida e já é criminalizada e o desrespeito à lei também fere o Código de Ética Médica. O capítulo III, artigo 11, veda ao médico “receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível”. Sobre a legibilidade das receitas é obrigatória e está prevista inclusive na Lei Federal nº 5.991/73.

É perceptível como Nise em várias descrições, avaliações e narrativas presentes no prontuário, tem sua condição de sujeito de direito violada e desrespeitada, mesmo em um modelo de tratamento que tem diretrizes e princípio que remetem ao respeito à cidadania, às diferenças e ao poder de decisão sobre seu corpo e vida, ainda encontramos tradições e crenças que remetem muitas vezes ao sequestro que era muito presente nos sistemas dos hospitais psiquiátricos.

Muitas dessas representações pejorativas e estigmatizantes que encontramos no preenchimento e avaliação diagnóstica de Nise, vamos encontrar também em relação à outra usuária de nome Maria<sup>69</sup> que tem 78 anos, sendo a mulher mais idosa que frequenta o CAPS. Conforme dados que estão presentes no Prontuário e obtidos em conversas informais tidas com outras testemunhas, amigos, profissionais e os próprios familiares, a mesma tem histórico complexo, devido a sua história de vida.

Ela morava com a filha e fugiu de casa, permaneceu desaparecida por mais de 10 anos, segundo relatos de terceiros e que, ainda, e mais grave, ela teria sido abusada sexualmente por seu filho esquizofrênico e, que posteriormente, teria fugido de casa sem deixar pistas. Há alguns anos, foi encontrada no Estado de Ceará, e quando a assistente social entrou em contato com a filha dela, a mesma disse que não queria saber da mãe. Porém, depois de algum

---

<sup>69</sup> Número do prontuário 438, modalidade intensivo, Maria, 78 anos, CID 10 F 23.0, **viúva**, 1º atendimento 25/02/2013, residente em Juazeirinho.

tempo, a filha foi notificada pela justiça a cuidar da mãe, que sempre relatou que não gostava de morar com sua filha e o genro, assim como não gostava de comentar sobre o seu desaparecimento: o texto do prontuário informa que a mesma: “sempre fica sozinha, disse que gosta muito do CAPS e sempre pede sabonete”. O histórico complexo dela permite que a mesma seja interditada, tendo sua filha a sua curatela, recebendo o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Em síntese, Maria faz acompanhamento no CAPS I desde 2013, compareceu juntamente com sua filha, que também realiza tratamento psicossocial, assim como o outro filho da usuária, que segundo terceiros, tem um histórico de abuso sexual para com sua genitora. Maria comparece a todas as consultas, bem como participa de várias atividades e oficinas oferecidas pela equipe. Gosta de pintar e escrever tem uma boa caligrafia. Relata que sente falta quando não vai para o CAPS, inclusive quer ir aos feriados.

O prontuário informa de forma clara e objetiva a condição de tutelada de Maria, inclusive percebe-se como a forma de narrar seu comportamento remete a infantilização absoluta. Considerando que a curatela<sup>70</sup> é um aparato de proteção para os maiores de idade, que não possuem capacidade de reger sua própria vida, é até natural que ela seja considerada incapaz de qualquer atitude adulta e racional. Apesar de a curatela ser o “encargo imposto a uma pessoa natural para cuidar e proteger uma pessoa maior de idade que não pode se autodeterminar patrimonialmente por conta de uma incapacidade”, percebemos como atinge a repressão e controle de várias ações mais simples desse sujeito tutelado.

Como Assistente Social percebo um grande número de usuários (as) que são interditados(as), um familiar tem a curatela, passa a ser responsável diretamente, para administrar o benefício, assinar pelo outro. Essa interdição deixa o sujeito à mercê de terceiros, perde a autonomia, porque se recebe o benefício, não pode trabalhar, considerando esse indivíduo passivo e desprovido de discernimento. Como assistente social me deparo e acompanho vários casos com essa especificidade, onde a família raramente repassa algum dinheiro, para que ele possa comprar o que tem vontade e precisa. Vejo no meu dia a dia, esses usuários (as) reclamarem que “não pegam o dinheiro”. Encontram-se normalmente com seus direitos violados, sem voz, sem direito, sem dinheiro e geralmente são vistos pela família com um “fardo”.

---

<sup>70</sup> Conforme o artigo 1.767 do Código Civil Brasileiro, atualizado pela Lei nº 13.146 de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com deficiência, o Estatuto da Pessoa com Deficiência, prevê as seguintes hipóteses de interdição: aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; os ébrios habituais (alcoólistas) e viciados em tóxicos e os pródigos.

Outra história muito significativa para pesquisa é a de Paulo. Vejamos a narrativa de sua biografia pessoal e clínica no trecho do prontuário<sup>71</sup> a seguir:

47 anos de idade, reside na zona rural do Município de Juazeirinho, foi adotado quando criança é natural de outra cidade, sua mãe biológica tem histórico de transtorno mental. Iniciou o seu tratamento no CAPSI no ano de 2004, participa semanalmente das atividades e acompanhamento psiquiátrico, porém, é totalmente dependente de terceiros, pois não consegue realizar sozinho a sua higiene pessoal, não sabe ler, nem escrever, apresenta dificuldades de se relacionar com outras pessoas, segundo os vizinhos, quando não está no CAPS, passa o dia no sol e às vezes embaixo de um juazeiro, praticamente não fica em casa, sempre diz está com fome. O tempo todo fala em comida, pois quando termina uma refeição pergunta quando será a próxima, sempre se refere e pergunta: “você quer uma carrada de banana?”. Recentemente faleceu sua mãe adotiva, e atualmente é cuidado por uma irmã. O mesmo é interditado, sua irmã tem a curatela, sendo a responsável. Foi internado duas vezes em hospital psiquiátrico, segundo relatos dos vizinhos, diziam que ele era “perigoso e corria atrás das mulheres” e que depois do CAPS, não fez mais isso. O mais gosta é de comer e de cantar. Tem dificuldade de participar das atividades, falta de concentração, agitado, impaciente e sempre pede para “pastorar” o portão, tem medo excessivo da polícia, sempre pergunta onde ela está. (motivo: ele bateu na sua mãe e a polícia interviu diante da situação).

A forma de construir a História e o comportamento de Paulo revela como se recorta ações, gestos e características que reforçam a condição de tutelado e interditado. Perigoso, incapaz, isolado e com dificuldades de construção de vínculos e de sociabilidade são palavras que permeiam toda descrição e classificação do usuário.

No entanto, a partir do acompanhamento que tive com ele cotidianamente, considero que o CAPS representou para esse usuário e para a família, um serviço extremamente importante no sentido de inseri-lo no meio social, retirando das internações psiquiátricas, onde ficava recluso, longe do convívio familiar, social e comunitário. Como reside na zona rural, o motorista vai buscá-lo semanalmente para participar das atividades e oficinas, e consegue interagir parcialmente nas atividades que têm mais habilidades, da mesma forma realiza acompanhamento psiquiátrico para o controle das medicações, e faz sessões de terapias com o psicólogo.

---

<sup>71</sup> Número do prontuário 24, modalidade intensivo, tem 47 anos, 1º atendimento através da Secretaria de Saúde 07/02/2003, e no CAPS I em 2004. CID 10 F 20.9, católico, adotado, cor parda, solteiro, não alfabetizado, residente na zona rural de Juazeirinho. Antes da implantação do CAPS I em Juazeirinho em 2004, a Secretaria de Saúde elaborou um “levantamento dos Portadores de Transtorno Mental” em 2003, e o referido usuário já era atendido pelo psiquiatra Dr. Antônio Marinheiro.

A História de Eduardo<sup>72</sup> também nos chama muito atenção e inclusive alguns profissionais e familiares têm certo temor com sua presença que a vê como ameaçadora. Vamos ao relato sobre o mesmo:

Eduardo que tem 43 anos de idade realiza acompanhamento desde 2004, tem um histórico de uso de drogas ilícitas, era casado, atualmente separado, tem cinco filhos, tentou agredir sua genitora e teve que sair de casa, mora no momento com uma sobrinha, que é a responsável tem a curatela, é interdito, ele já agrediu um dos coordenadores e tem mania de perseguição com algumas funcionárias do CAPS. O mesmo praticou um crime no ano de 2016, em uma discussão com uma pessoa na feira, por causa de uma dívida e um homem foi tentar resolver a situação, ele não gostou e esfaqueou essa pessoa com arma branca (faca), cumpriu a pena de três anos no Manicômio Judiciário em João Pessoa, veio encaminhado pela justiça para continuar o acompanhamento no CAPS desde 2019.

É muito visível como a descrição do prontuário sobre Eduardo reforça a imagem de perigoso, violento e ameaçador, além de enfatizar o uso de drogas como agravante de sua condição de interdito. Isso pode justificar certo pânico que algumas pessoas têm em relação à sua presença. A sua condição de homicida e de pessoa com transtorno mental, além de passar por uma avaliação psiquiátrica, obriga a elaboração também de um laudo médico comprovando a sua deficiência que deva ser encaminhado para cumprir pena no Manicômio Judiciário por um período de três anos. Após essa data, quando *desinternado* volta para ser acompanhado pelo CAPS, e enviado um relatório trimestral para a Penitenciária de Psiquiatria Forense da Capital.

A Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) de nº 113 prevê, em seu art. 17, que “o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, de acordo com Lei n. 10.216”, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, designou o novo modelo de tratamento as pessoas com transtornos mentais no Brasil.

Importante salientar que o Código Penal dispõe que o prazo mínimo de internação a ser decidido pelo juiz é de um a três anos, contudo não há previsão para o período máximo de duração voltado para as pessoas com transtornos mentais que cometem crimes, visto que são “incapazes” de responder pelos seus atos, portanto precisam ser tratadas, e não punidas.

É visível como mesmo o usuário tendo cumprido sua “pena” ou submetido a um tratamento diferenciado em virtude do crime cometido, quando do seu retorno persistem ainda os temores pela pessoa ameaçadora que é considerado.

---

<sup>72</sup> Número do prontuário 87, modalidade intensivo, tem 43 anos, 1º atendimento 16/01/2003, 17/03/2004, CID 10 F 20.0, alfabetizado, cor branca, casado, católico, profissão servente de pedreiro, residente em Juazeirinho.

Algumas histórias são bem diferentes da grande maioria, denotando possibilidades de se constituir como sujeito de direito com chances de reconstrução de sua autonomia e capacidade de discernimento. Helena<sup>73</sup> é um desses casos mais raros, a mesma tem:

38 anos, começou na adolescência ter crises de angústia e a partir dos 25 anos de idade desencadeou sintomas depressivos graves, com profunda tristeza, isolamento social, chegou a abandonar o curso superior, e a família extremamente preocupada com o seu estado de saúde procurou o CAPS I e a mesma iniciou o acompanhamento psicossocial em 2009 com o psicólogo e o psiquiatra. Atualmente continua o tratamento com os devidos profissionais e no momento consegue administrar sua vida *normalmente*. Com o tratamento correto, e o apoio familiar foi voltando a sua rotina *normal* e no ano de 2014 foi aprovada em um concurso público em Juazeirinho, atualmente trabalha em Unidade Básica de Saúde (UBS).

Diante do caso em análise, é notável a importância da família, como co-responsável na melhora do quadro clínico em que se encontrava. Pois, a partir da implantação dos CAPS, os familiares se tornaram peça chave no tratamento. Não cogitaram a ideia de interditá-la, para que a mesma não perdesse a autonomia, e sim ser um sujeito com direito ativo e como bem afirma Foucault em um texto publicado em 1982, sobre “*O sujeito e o poder*”, uma espécie de fundamento a priori: a liberdade, ser um sujeito livre que estabelece uma relação de poder e ainda, a chance de formar e transformar em um sujeito ético, assim como, antes de ser sujeito, passa por um procedimento de “*subjetivação*”, e “*Si*” que é o processo em relação a *si* e de “*assujeitamento*”, que são as forças agregadas no poder/saber.

É necessário sair das classificações estigmatizadoras e dos rótulos, e perceber o indivíduo em seu processo de constante transformação, muitas vezes passando por momentos de sofrimentos psíquicos, necessitando ser ouvido e ser respeitado. O tratamento quando realizado na sua área de territorialidade, o usuário não perde o vínculo familiar, social, comunitário, assim como esse tratamento tem mostrado resultados bastante significativos. Com a aprovação do Estatuto da Pessoa com Deficiência em 2015, a deficiência não pode ser alegada pelas limitações pessoais, que decorram de uma patologia, e sim pelas suas vulnerabilidades e tem capacidade plena.

A concepção de pessoas com deficiência presente no Art. 2º<sup>74</sup> do referido Estatuto, amplia a temporalidade para poder classificar a pessoa como incapaz, pois são estabelecidas

---

<sup>73</sup> Número do prontuário 426, modalidade não-intensivo tem 38 anos, 1º atendimento 24/03/2009, CID 10 F 32.3/ F 20.9, funcionária pública, solteira, alfabetizada, residente em Juazeirinho.

<sup>74</sup> “Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.”

atualmente pelos seus impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou até mesmo sensorial (modelo médico), simultaneamente com as barreiras/impedimentos (modelo social), que acabam por delimitar as suas atividades, ou seja, restringindo sua plena participação na sociedade. Visto que o conceito de pessoa com deficiência adotada pelo Estatuto tem relação com o ambiente e com a natureza orgânica.

Outro caso muito próximo ao de Helena é de Conceição<sup>75</sup>. A mesma tem 58 anos de idade e é, conforme prontuário:

viúva, funcionária pública, apresentou a primeira “crise” após um noivado, na vida adulta teve “crises nervosas”, outro fator desencadeante foi a tentativa de assassinato, ou seja, briga do genro com outros companheiros, foi internada uma única vez na Clínica Dr. Maia, referia perseguição de amigos que tinham feito “trabalho ou catimbó”, segundo a sua genitora, sempre que tinha filhos, ficava nervosa. A família procurou o CAPSI e realiza acompanhamento psiquiátrico desde 2013, sempre comparecem as consultas e solicita uma declaração para poder levar para *o trabalho*.

Conceição foi casada, teve filhos, foi aprovada em um concurso público no ano de 2000, trabalha na Secretaria de Infraestrutura, consegue administrar sua vida pessoal com a profissional, isso vem reforçar que a pessoa está em sofrimento psíquico, pode perfeitamente ser empoderada e uma das inovações do Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015) é sobre “a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa”, dando plena capacidade às pessoas com deficiência e alterou o Código Civil de 2002, assim como garantir o respeito, à dignidade e a liberdade, incluindo na sociedade e respeito pela diferença, porque outrora Conceição seria internada e considerada “louca”.

Muito importante enfatizar que essa forma de tratamento e essas terapias aplicadas e postas em ação nos CAPS, a partir de legislação e diretrizes multidisciplinares (que retira a centralidade do saber/poder médico) ainda estão longe do ideal em se tratando de pessoas com deficiência e transtornos mentais. Mas por outro lado histórias como as de Helena e Conceição nos acena com possibilidades de terapias e tratamentos cada vez mais humanizados, éticos e que reduzam a violação dos direitos humanos e combatam a reprodução de estigmas e estereótipos em relação aos sujeitos que estão fora do padrão de racionalidade da sociedade normativa e disciplinarizadora, conforme ressalta Foucault (1978).

---

<sup>75</sup> “Número do prontuário 447, modalidade extra – CAPS, 1º atendimento 13/06/2013, CID 10 F 20.9, tem 58 anos, funcionária pública, viúva, alfabetizada, evangélica, residente em Juazeirinho.”

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desse trabalho, fundamentada em bibliografias, documentos, legislações e minha própria experiência enquanto assistente social e membro de uma equipe multidisciplinar do CAPS do município de Juazeirinho, refaço algumas questões que estabeleceram o percurso e objetivos dessa pesquisa, a problemática levantada foi: os homens e mulheres, diagnosticados como indivíduos com transtorno psíquico ou “doença mental”, que são atendidos nesse novo modelo de assistência, que estão agora fora das instituições manicomiais, estariam livres do controle do saber médico e do controle do Estado? Eles são considerados sujeitos de direitos? Seriam empoderados ou aprisionados pelos saberes e intervenções médicas?

Além dessas, indago como foi construído e legitimado o saber-poder médico sobre a “loucura”? Como essa sofreu um processo de psiquiatrização? Seria este saber-poder o promotor da criação dos manicômios? Estaria no processo de institucionalização da loucura e, conseqüentemente a “invenção” do louco, a legitimação da autoridade médico-psiquiátrica? Pergunto, ainda, quais as formas de representação desses sujeitos “assistidos” por parte dos profissionais responsáveis pelos cuidados a eles destinados. De forma geral, procurei, portanto, a problematizar a des (institucionalização) que envolve um duplo processo: o de institucionalizar e o de desinstitucionalizar a gestão da vida e da saúde mental de sujeitos submetidos a regimes terapêuticos/científicos diferentes e em períodos históricos diversos.

As perguntas são muitas e as tentativas de respostas geraram outras perguntas, estando assim para que a pesquisa esteja aberta a outras pesquisas e pesquisadores interessados. Digo

isso porque esse trabalho não é conclusivo. Ele vai constatar e problematizar muitas questões, mas não traz verdades ou interpretações definitivas.

O caminho traçado na busca dessas perguntas foi baseado na historicidade, percorrendo a representação do louco e da loucura desde o período clássico até chegar à atualidade. Nessa viagem várias descobertas e considerações poderiam ser feitas. A começar pela Antiguidade Clássica, período em que as representações sobre a loucura, predominantemente dos filósofos, variaram entre as defendidas por “Homero com um enfoque mitológico-religioso; o de Eurípedes com a concepção passional ou psicológica; e o de Hipócrates e Galeno com as disfunções somáticas” (RAMMINGER, 2002). Desse modo, os filósofos na Antiguidade, segundo Pessotti (1994), não concebiam a loucura como doença, mas como desequilíbrio metafísico e/ou orgânico. Nesse período muitos filósofos propuseram conceitualizações e práticas sobre a loucura, primeiro com Homero (928 a.C.), que via os comportamentos e atos de pessoas destituídas de razão como atribuição da ordenação divina (definição de loucura), desresponsabilizando o indivíduo acometido das consequências de seus atos, pois estaria possesso pelos deuses.

Importante enfatizar que a concepção mitológica da loucura predominante na época clássica, retornará, na Idade Média com uma roupagem dogmática do conceito de possessão diabólica uma figura do exorcista” (PESSOTTI,1994). Durante boa parte do período medieval, a representação de loucura estava associada a interpretações metafísicas e cristãs. Atribuía-se à ação demoníaca uma série de comportamentos pouco usuais o que lançou a população hoje concebida como doente pela psiquiatria moderna, dentro de categorias religiosas como a possessão ou a obsessão. Onde toda a sintomatologia é a própria expressão do diabo, em uma espécie de inversão da leitura mitológica grega, na qual a loucura era um produto da ação sobrenatural sobre a paixão humana. Enfim, a loucura no medievo pode ser sintetizada em três palavras: lepra, demonização e punição. Fica evidente como a desautorização do discurso do louco já estava presente nos referidos períodos, conforme retratado por Foucault em História da Loucura (2010), em especial medievo, onde a lepra foi representada como um mal contagioso com forte conotação moral - religiosa, que deveria ser segregada da sociedade. Com o tempo, o foco sobre a lepra foi sendo substituído pelas doenças venéreas, as quais passaram a ser objeto de interesse das estruturas morais e religiosas da época. Assim, o louco foi enquadrado a partir da noção de “monstro humano” como aquele que se constitui como aberração.

Ao pesquisar sobre o contexto dos séculos XVI e XVII, constatei como as abordagens fundamentadas em elementos mecânicos, químicos e pneumáticos de explicação da loucura

são hegemônicas. Nos séculos XVI e XVII verificam-se mudanças nas teorias que buscam explicações para loucura a partir de tentativas de afastamentos de concepções teológicas, metafísicas ou trágicas. Os tempos de Renascença trazem uma legitimidade para as ciências naturais, biológicas através do pensamento racionalista, onde as ciências como a matemática, física e mecânica trazem outras formas de entendimentos da natureza e da humanidade. Os estudos sobre saúde estão pautados em bases experienciais e a loucura não fica de fora dessa tendência.

Já o século XVII é marcado pelo racionalismo de René Descartes que predomina como fundamento nas ciências naturais/exatas e médicas. Assim, verificam-se mudanças muito importantes, onde uma visão mentalista da loucura se destaca, não sendo mais atribuída a humores, a outros agentes orgânicos, ou substâncias materiais a explicação da loucura. E a presença do delírio como condição *sine qua non* para a existência de loucura (PESSOTTI, 1999).

O contato com a obra de Pessotti (1996), me fez concluir que houve o estabelecimento no século XVII de embates entre dois modelos teóricos. Um deles formulado sobre a base da concepção passional psicodinâmica, de antigas raízes e em decadência e outro que começa a germinar a partir de uma nova atitude do médico ante a loucura, ou seja, a atitude clínica. Uma das consequências será que a observação do comportamento do paciente alienado, se transforma em exigência clínica e em atitude essencialmente médica. Desse modo, uma hegemonia secular de um organicismo hipotético/ metafísico dos séculos anteriores entra em crise no século XVIII.

Desse modo, constatei mudanças na percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento, Tal passagem tem no dispositivo de medicalização e terapeutização a marca histórica de constituição da prática médica psiquiátrica. Foi no modelo manicomial psiquiátrico, fundado no final do século XVIII na Europa pelo médico Philippe Pinel, que o fundamento do isolamento e conhecimento foi aplicado. Isso produziu um efeito de retirar o louco da cidade, do trabalho, do lazer, da família, da cultura, da vida social.

Destaco como importante na pesquisa bibliográfica que o processo de institucionalização dos primeiros manicômios na Europa e o processo de psiquiatrização da loucura, que ocorreu na transição do século XIX para o século XX, esteve atrelado ao saber-poder médico como autoridade e disciplinarização dos corpos dos sujeitos submetidos ao isolamento manicomial e faz parte do chamado biopoder como projeto de governo e gestão das populações da sociedade. Assim a loucura vai entrar para a categoria de doença mental a

partir da ciência psiquiátrica e como vai se expandir como uma representação mais ampla, adquirindo mais legitimidade social. Tal processo é considerado por Birman (1978) como a produção social das doenças mentais.

Assim, verifiquei que na modernidade ocidental, principalmente a partir do século XIX, a ciência médica adquire status de autoridade e de controle mediante diagnósticos e terapias em todas as áreas de especializações que começam a se instituir, a exemplo da ginecologia, obstetrícia, pediatria, geriatria e outros. A psiquiatria não seria diferente, pois como especialidade médica que se dedica ao estudo e “tratamento” da loucura ou patologias mentais, tal saber esteve e está atrelado a um poder disciplinar. (FOUCAULT, 1989).

Sobre essa questão do poder disciplinar na modernidade, Foucault na sua obra “*Vigiar e Punir: Nascimento da prisão*” (1999) retrata a História da Violência nas Prisões e evidencia como os sujeitos são transformados em corpos manipuláveis, ordenáveis e dóceis através de métodos de coerção, disciplinarização, controle e supervisão, enfatizando que os métodos, esse governo sobre a vida, esse biopoder, refere-se a uma técnica de poder que busca criar um estado de vida em determinada população para produzir corpos economicamente ativos e politicamente dóceis. Na perspectiva foucaultiana, a era do biopoder nasce com o desenvolvimento de disciplinas diversas (como Exército, conventos, escolas e hospitais) no decorrer da época clássica; no aparecimento dos problemas de natalidade, de saúde pública, de habitação e de migração no terreno das práticas políticas e observações econômicas; e na explosão de técnicas diversas para se obter a sujeição dos corpos e o controle das populações (FOUCAULT, 1988).

Em se tratando de biopoder e da biopolítica instituída para o louco e para a loucura como fenômeno de saúde pública e de intervenção médica, institui-se dispositivos para governar e disciplinar os loucos, considerados anormais pela ciência psiquiátrica. Nessa perspectiva, Foucault, (2010), denuncia que toda uma rede de aprisionamentos, catalogações, classificações e de dispositivos de cura/correção e punição que são instituídos pelo saber-poder médico e toda uma rede de saberes sociais. Desse modo, os dispositivos disciplinares da medicina psiquiátrica e a institucionalização dos manicômios para doentes mentais se configuram no exercício especializado do biopoder, na forma da disciplina e da biopolítica.

Esse predomínio do saber-poder médico foi questionado e contestado por Foucault já em sua obra “*Microfísica do Poder*” (1989), onde ele critica o enclausuramento da loucura sustentado pelo poder médico, nos chamando a atenção de que o papel do médico passa a ter uma relação de poder muito específica, pois em sua aplicação/atuação encontra-se a verdade sobre a doença. A institucionalização da loucura – composta por um território e por um poder

para melhor conhecer/tratar – traz a ideia de que a doença mental era propriedade do manicômio/hospital psiquiátrico, e que seu guardião seria o médico (SANDER, 2010). Em outras palavras, a loucura é uma produção social histórica, mediada em grande medida por discursos, práticas e produções de representações sobre o estado de saúde mental dos pacientes.

Nesse sentido, para Foucault a História da psiquiatria, ao contrário do que muitos dizem, não significou a libertação dos loucos e da loucura de redes de poderes que possibilitam a liberdade e individualidade tão apregoada na modernidade pela ciência e pelos discursos de progresso. Para ele uma nova forma de poder, o disciplinar, seria mais controladora e aprisionar os corpos dos sujeitos agora denominados como anormais. Assim, os conceitos de poder e de disciplina corporal, alicerçam as práticas, diagnósticos e prescrições médico-psiquiátricas em torno dos tratamentos da loucura, agora denominada doença mental, por esses especialistas.

A partir da pesquisa bibliográfica ficou clara a associação do louco a um ser não dotado de razão e, logo, desprovido de humanidade, aproximando-o de uma “animalidade secreta e temida” e não domada pelos homens. Desse modo, ele é destituído não só de sua humanidade, mas o transformando em doente mental, aberração e anormal. Estabelecem-se a partir dessas nomeações, classificações e catalogações com objetivo de conhecer mais profundamente e, assim, melhor governar os corpos e a população para produzir resultados produtivos e eficazes.

Concluiu-se que esse não-lugar social destinados aos loucos e esse estigma social, será expandido após a institucionalização dos manicômios de alienados (especializados em doentes mentais), pois o louco será visto como monstro e enquadrado como anormal (FOUCAULT 1978), sendo separado como diferente e que deve ser isolado das demais categorias de infames que, inclusive anteriormente conviviam nos mesmos espaços.

Assim, enclausurar o louco em uma instituição psiquiátrica é considerado uma forma de prevenção social. A percepção de patologia e de anormalidade será intensificada visto que, conforme Amarante (1998) essa noção de periculosidade social será associada “ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata” (Barros, 1994, p.34). Considero que a relação tutelar para com o louco tornar-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais e cartografia territórios de segregação, morte e ausência de verdade. Inclusive, conclui, a partir de análises de documentos do CAPS Juazeirinho, a exemplo dos prontuários, que essa representação de incapacidade, necessidade de tutela e intervenção em

relação à pessoa com problemas mentais é preservado em parte no atual sistema de apoio psicossocial.

Isso pode ser, em parte, explicado, porque, para se consolidar essas políticas e intervenções, segundo Foucault (1978), o saber-poder médico foi fundamental, mas não exclusivo. Para consolidação de novas representações sobre loucura foi necessário a disseminação da categoria de doenças mentais por toda sociedade para garantir mais legitimidade ao internamento e ao tratamento. Ou seja, o estatuto de louco é conferido não só pelo conhecimento médico, mas por uma percepção social, dispersa e produzida por diversas instituições da sociedade como a polícia, a justiça, a família, a Igreja, etc., a partir de critérios que dizem respeito não à medicina, mas à transgressão às leis da razão e da moralidade (MACHADO, 1982). Ou seja, essas representações e estigmas não são só científicos, são sociais e culturais e estão presentes tanto nos manicômios como os sistemas atuais.

A partir do que foi anteriormente apresentado sobre teorias e paradigmas na ciência médica e da especialidade psiquiátrica, fica claro como houve mudanças nas formas de percepção da loucura no século XIX em relação a épocas anteriores. Isso não significa que os considerados loucos tiveram dias melhores ou viveu uma “idade de ouro”, porque estariam livres do saber-poder médico e da disciplina que a modernidade impõe com a psiquiatria e os manicômios, pois cada época foi marcada por representações, conceitos e atitudes diante do que era considerada loucura para dada sociedade e tiveram seus efeitos e implicações políticas próprias.

Pude observar como todo um arcabouço normativo, de regulamentos, portarias e de legislação, de forma geral, dão sentido às práticas desenvolvidas pelos profissionais e, como estas, têm uma força social muito significativa para e na vida desses “assistidos”. Verifica-se a reprodução muitas vezes da autoridade inquestionável do médico, reproduzindo todo um dispositivo de medicalização excessiva e um novo processo de reinstitucionalização, como alerta Amarante (1994).

Constatei que de forma geral, a legislação, os normativos e as diretrizes institucionais que fundamentam as políticas públicas de saúde mental no Brasil, desde o final do século XIX, seja no modelo manicomial, sejam nos sistemas substitutivos a eles, reforçaram e reforçam estereótipos e estigmas sociais para os sujeitos diagnosticados com “problemas mentais”.

Entretanto, considero importante enfatizar que houve certos avanços na atualidade, pois desde a luta antimanicomial no Brasil, verificamos como os movimentos sociais e de especialistas denunciaram e denunciam os vários episódios de violação dos Direitos Humanos. Como assistente social que convivo diariamente com pessoas com transtornos e sofrimento

psíquico, posso afirmar que existem profissionais com práticas combativas ao abuso de poder médico e institucional que defendem a tutela, a interdição e o silenciamento desses sujeitos. Acredito e luto, junto com muitos, para que sejam vistos/tratados como sujeitos de direitos, com autonomia e, portanto, serem protagonistas de suas histórias.

## REFERÊNCIAS

- ALEIXO, Eduarda Vitória. Resenha sobre o filme "Bicho de Sete Cabeças" a partir do olhar do Direito. **JusBrasil**. [on-line]. 2020. Disponível em: <<https://eduardavitoriaaleixo.jusbrasil.com.br/artigos/884137808/o-filme-bicho-de-sete-cabecas-a-partir-do-olhar-do-direito>>. Acesso em 01 set. 2021.
- ALMEIDA, Maria José Guedes Gondim et al. Discussão Ética sobre o Prontuário Eletrônico do Paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2016, v. 40, n. 3 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01372015>>. Acesso em 01 set. 2021.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro : Fiocruz.1998.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública** vol.11 nº. 3 Rio de Janeiro July/Sept. 1995.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo. “De volta à cidade, Sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Rev. Adm. Pública** vol. 52 n.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2018.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6, pp. 2067-2074. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>>. Acesso em 08 ago 2021.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BALAGUER, Gabriela. **Franco da Rocha e os primórdios da psiquiatria em São Paulo no Século XIX**. [on-line]. Disponível em: <https://www.seo.org.br/images/Anais/Arthur2/Gabriela%20Balaguer.pdf>. Acesso em 02 ago. 2021.

BALL, B., RITTI, A. Délire. In **Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales**. Paris : Masson. t. XXVI.

BARROS, Adeliana Alves. **O cemitério dos vivos: a experiência manicomial de Lima Barreto**. 2016.

BARROS, D.D. **Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste**. São Paulo : EdUSP/Lemos, 1994.

BARRETO, Afonso Henriques de Lima. **Diário do Hospício; o cemitério dos vivos** - Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de editoração, 1993.

BASAGLIA, Franco. **A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do “espaço fechado”**. In: BASAGLIA, Franco. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico / L'istituzione negata**. Rio de Janeiro : Edições Graal. 1968.

BEVILÁQUA, Clóvis. **Teoria Geral do Direito Civil**. 2ª ed. (edição histórica). Rio de Janeiro: Editora Rio, 1980.

BIRMAN, J. **A Psiquiatria como Discurso da Moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BITTENCOURT, Maria Inês GF. Conceito de psicopatia: elementos para uma definição. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 33, n. 4, p. 20-34, 1981.

BRASIL. Código Civil. **Lei nº 3.071 de 1º de janeiro de 1916**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/13071.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/13071.htm). Acesso em: 01 set. 2021.

BRASIL. **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em 01 set. 2021.

BRASIL. **LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social**. LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm). Acesso em 01 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial**. 2021. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial/>. Acesso em 01 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biografia de Jean-Etienne Dominique Esquirol**. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/bio-esquirol.php>>. Acesso em 01 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. CCMS. **Nise da Silveira: uma psiquiatra rebelde**. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/nisedasilveira/uma-psiquiatra-rebelde.php#:~:text=Nise%20da%20Silveira%20nasceu%20em,a%20insulinoterapia%20e%20a%20lobotomia>>. Acesso em 01 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Morre Austregésilo Carrano, personagem que inspirou a produção Bicho de Sete Cabeças**. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2008/austregesilo\\_carrano.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2008/austregesilo_carrano.htm)>. Acesso em 01 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 336/GM, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002**. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso em: 01 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. 2005. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em 01 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Assistência Psicossocial**. 2004.

BRITO, Fátima Saionara Leandro. **Andanças que cortam os caminhos da razão: as vivências insanas e a atuação da reforma psiquiátrica em Campina Grande PB**. 2011. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CARRANO, Austregésilo. **O canto dos malditos** - Ed. rev. e alterada pelo autor. — Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano: artes de fazer** - Petrópolis, RJ : Vozes, 2003.

CHARTIER, Roger et al. **A história cultural. Entre práticas e representações**. Lisboa: Difel, v. 1, p. 12, 1990.

CIDADE BRASIL. **Município de Teixeira**. [on-line]. Disponível em: <<https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-teixeira.html>>. Acesso em 16 ago. 2021.

CIRILO, Livia Sales. **Novos Tempos: saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares**. [Dissertação]. Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2006.

COBRA, Rubem Queiroz - **NOTAS: Vultos e episódios da Época Contemporânea**. Disponível em: <<https://www.cobra.pages.nom.br/ec-salpetriere.html>>, INTERNET, Brasília, 1997.

COSTA, Claudio Giulliano Alves da. **Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da World Wide Web e da engenharia de software**. Dissertação de Mestrado - UNICAMP, Campinas, SP: [s.n.], 2001.

COSTA, Maria Izabel Sanches. Política de saúde-política de segurança: manicômio judiciário, entre o hospital e a prisão. **Revista do Arquivo**, São Paulo, Ano II, Nº 5, p. 144-160, 2017.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**. Editora Garamond, 2006.

CPRM - Serviço Geológico do Brasil. **Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea: diagnóstico do município de Juazeirinho, estado da Paraíba**. Recife: CPRM/PRODEEM, 2005. Disponível em: <[http://dspace.cprm.gov.br/xmlui/bitstream/handle/doc/16099/Rel\\_Juazeirinho.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.cprm.gov.br/xmlui/bitstream/handle/doc/16099/Rel_Juazeirinho.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em 16 ago. 2021.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **Ainda o Juquery: notas para um (velho) debate. Lua Nova: Revista de Cultura e Política [online]**. 1987, v. 3, n. 4. 80-86. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-64451987000200013>>.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo**. 2.ed. Rio de Janeiro:Paz e Terra, 1986.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930) [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

FERNANDES, Bianca da Silva. **Cesare Lombroso e a teoria do criminoso nato**. [on-line]. Disponível em: <https://canalcienciascriminais.jusbrasil.com.br/artigos/625021486/cesare-lombroso-e-a-teoria-do-criminoso-nato>. Acesso em 02 ago. 2021.

FERREIRA, Elen P. **A Intolerância às diferenças e suas relações com as concepções de loucura**. Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: Nascimento da prisão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: a vontade de saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988. v. I.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais: Curso no Collège de France (1974-1975)**; tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. Resumo dos Cursos do Collège de France. In: **O Poder Psiquiátrico**. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

GOFFMAN, E. As características das instituições totais. In E. Goffman. **Manicômios, prisões e conventos** (pp. 13-84). São Paulo, SP: Perspectiva. 1974.

GONÇALVES, Tatiana Fecchio da Cunha. **A representação do louco e da loucura nas imagens de quatro fotógrafos brasileiros do século XX**. Alice Brill, Leonid Streliaev, Cláudio Edinger, Cláudia Martins. – Campinas, SP:[s.n.], 2010.

KINKER, Fernando Sfair. Um hospício em crise: imagens de uma experiência de desinstitucionalização. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 189-198, 2017.

MACEDO, Camila Freire. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. [on-line]. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 11, n. 1017, 14 abr. 2006. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/8246>. Acesso em: 21 jun. 2021.

MACHADO, R. Aos loucos o hospício. In R. Machado. (Org.). **Danação da norma: Medicina social e constituição psiquiátrica no Brasil** (pp. 423-492). Rio de Janeiro, RJ: Graal. 1978.

MACHADO, R. **Foucault, a Filosofia e a Literatura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

MACHADO, Roberto. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ - MPPR. **Curatela e Tomada de Decisão Apoiada - Perguntas Frequentes**. [on-line]. Disponível em: <<https://civel.mppr.mp.br/pagina-50.html>>. Acesso em: 02 ago. 2021.

MOREIRA, Juliano. Quais os melhores meios de assistência aos alienados. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, vol VI, nº 3-4, 1910.

**NISE: O Coração da Loucura**. Direção: Roberto Berliner. São Paulo: Imagem Filmes Produtora Ltda - Epp; W Mix Distribuidora de Filmes, 2015. (109 min), color.

OLIVEIRA, William Vaz de. Do “cemitério dos vivos” ao “Canto dos malditos”: Retratos do hospício em Lima Barreto e Austregésilo Carrano Bueno. **Anais do XV Encontro Regional de História de ANPUH- RIO**. 2012.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em <<https://brasil.un.org/pt-br/91601-declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório do monitoramento dos serviços da Rede De Atenção Psicossocial (RAPS) da Paraíba**. 2020. Disponível em: <<https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/relatorio-do-monitoramento-da-rede-de-atenacao-psicossocial-na-paraiba-2018-2.pdf>> Acesso em 01 set. 2021.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas** (pp. 12-51). Rio de Janeiro, RJ: Editora 34, 1994.

PESSOTTI, Isaias. **O Século dos Manicômios**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.

PESSOTTI, Isaias. **Os nomes da loucura**. Editora 34, 1999.

PESSOTTI, Isaias. Sobre a teoria da loucura no século XX. **Temas psicol.** v. 14 n.2 Ribeirão Preto dez. 2006.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 152p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBACENA. **Barbacena - Antigo Hospital Colônia**. [on-line] Disponível em: <<http://www.ipatrimonio.org/barbacena-antigo-hospital-colonia/#!/map=38329&loc=-21.20540599999993,-43.786491,17>>. Acesso em 08 ago 2021.

RAMMINGER, Tatiana. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. da Saúde**, v.16, n.1, 2002.

REIS, Alberto Olado Advíncola. Prontuários, para que servem? Representação dos coordenadores de equipe dos CAPSI a respeito do valor e da utilidade dos prontuários. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.** 2009; 19(3): 383-392.

RIBEIRO, Daniele Corrêa; LAMB, Nayara Emerick; MASCARENHAS, Wilma Fernandes. Memória da loucura e as reflexões sobre a reforma psiquiátrica brasileira: o papel dos arquivos para a construção de políticas públicas na saúde mental. **Acervo**, v. 31, n. 1, p. 49-63, 2018.

SAITO, Danielle Yuri Takauti et al. Usuário, cliente ou paciente? : qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2013, v. 22, n. 1, pp. 175-183. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100021>>. Acesso em 01 set. 2021.

SANCHES, Julia. MACHADO, Valter. CID-10: guia completo para o dia a dia da clínica médica. **AMPLIMED** [on-line]. Disponível em: <https://amplimed.com.br/cid-10>. Acesso em 01 set. 2021.

SANDER, J. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. **Psicologia & Sociedade**, v.22, n.2, p.382-387, 2010.

SANTOS, Larissa Beserra. **As faces da loucura em Cajazeiras – PB: entre o social e o sensível**. Monografia em História. UFCG-Cajazeiras. 2019.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PERNAMBUCO. **Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-psiquiatrico-ulysses>>.

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. 2019, v. 26, n. 4, pp. 1169-1187. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400008>>.

SILVA FILHO, Edvaldo Brilhante. **História da Psiquiatria na Paraíba**. João Pessoa: Santa Clara, 1998.

SILVA, Paulo José Carvalho da. O romano que virou pássaro: considerações sobre o relato de caso. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 9, p. 701-705, 2006.

TORRE, Eduardo H. G., AMARANTE, Paulo D. C. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

VASCONCELLOS, Miguel Murat; GRIBEL, Else Bartholdy; MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s173-s182, 2008.

VENTURINI, E.. Saúde Mental e Direitos: A contenção em psiquiatria. In: VELOSO, T.M.G.; EULÁLIO, M.C. (Orgs.). **Saúde Mental: Saberes e fazeres**. Campina Grande: EDUEPB, 2016.

ANEXO A – Fotografia da Praça da Liberdade, local onde antes funcionava o Hospital João Ribeiro, em Campina Grande/PB.



Fonte: TV Paraíba/Reprodução.

ANEXO B – Fotografia do primeiro CAPS em Juazeirinho/PB, em prédio residencial alugado.



Fonte: Arquivo do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS “Dr. Antônio Marinheiro” no município de Juazeirinho.

ANEXO C – Fotografia do CAPS atual de Juazeirinho/PB, em prédio residencial alugado.



Fonte: Relatório do ano de 2019 do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS “Dr. Antônio Marinheiro” no município de Juazeirinho.

